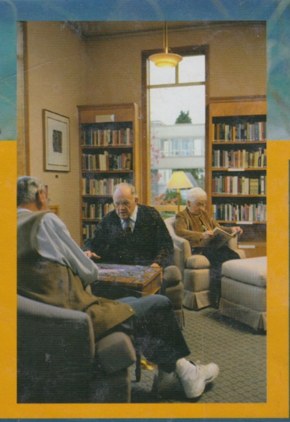
التوافق النفسي للمسنين







د. سليم أبو عوض



دار أسامة

التوافق
النفسي للمسنيين

تأليف

د. سليم أبو عوض

دار أسامة للنشر والتوزيع

عمان - الأردن

الناشر

دار أسامة للنشر والتوزيع

الأردن – عمّان

- هاتف: ٥٦٥٨٢٥٢- ٥٦٥٨٢٥٣
- فاكس: ٥٦٥٨٢٥٤
- ص.ب: ١٤١٧٨١
- Email:darosama@wanadoo.jo

الطبعة الأولى

٢٠٠٨

المملكة الأردنية الهاشمية

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية

(٢٠٠٧/٥/١٢٤٥)

١٥٥,٦٧

أبو عوض ، سليم

التوافق النفسي للمسنين /سليم أبو عوض.ـ عمـان: دار أسـامة، ٢٠٠٧.

(   )ص.

ر.أ.: (٢٠٠٧/٥/١٢٤٥)

الواصـفات: /المسنون//علم النفس الفردي//رعاية الشخصية//الشيخوخة .

❖ أعدت دائرة المكتبة الوطنية بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية

المقدمة

الشيخوخة مرحلة من مراحل العمر التي يمر بها الإنسان، وهي المرحلة التي تسبق ساعة الموت ومغادرة هذه الدنيا، إذاً فهي تطور طبيعي وبيولوجي يحدث في أجهزة الجسم وأعضائه مع تقدم العمر، وبعبارة أخرى: هي مجموعة من المتغيرات النفسية والجسمية تحدث بعد سن الرشد حتى اللحظة الأخيرة من الحياة.

والواقع أن للشيخوخة خصائص وميزات وصفات شاملة لكل أنواع البشر لايستثنى منها أحد على وجه الخليقة، مهما اختلف الزمان والمكان والعرق والجنس واللون، وتشمل هذه الصفات مجموعة من التغيرات التي تطرأ على جسم الإنسان، وتكون تغيرات داخلية كفقدان المناعة والمقاومة والقدرة، وبطء عمليات النمو والبناء، وعدم القدرة على التنفس بيسر وسهولة، وفقدان المرونة المطلوبة في الأوعية الدموية.

كذلك تكون هذه التغيرات خارجية، فيتعرض الشعر للشيب والسقوط، والجلد لصبغة مختلفة، بالاضافة إلى هزال الجسم وضعفه وتقوس الظهر، وتساقط الأسنان، أما الجانب العضوي، فيطرأ ضعف عام على الجسم، فتقل الحركة وتنقص القوة العضلية وتضعف الطاقة الجسمية والجنسية، ويحدث تراجع عام في نشاط الحواس، كالسمع والبصر وكذلك في جانب العقل، فتضعف الذاكرة ويزداد النسيان، حتى شخصية المسن يصيبها هي الأخرى التغيرات إما بالإهمال أو عدم الثقة في النفس والإكثار من الانتقاد وعدم السيطرة على المشاعر.

لقد حاولنا في هذا الكتاب توضيح مفهوم الشيخوخة وما هو المسن، والتغيرات الفسيولوجية التي تطرأ على الجسم في مرحلة الشيخوخة مع ذكر أسباب هذه الشيخوخة والنظريات الحديثة في تفسير هذه الأسباب، وتأثير عمر الإنسان في الذاكرة، وعلاقة الشيخوخة بالأمراض النفسية مع توضيح المفاهيم الخاطئة التي تؤثر في الحالة النفسية للمسن.

كما أوضحنا الوسائل الحديثة المتبعة في طلب الشيخوخة والطريقة المثلى للعلاج، وكيفية رعاية المسن، ومشاكل الاتصال بكبار السن وكيفية التغلب عليها، وقدمنا مجموعة من الخطوات والبرامج التي تكفل للمسن الحياة الهنيئة دون تعب نفسي أو جدي.

المؤلف

الفصل الأول
الشيخوخة

تمهيد:

الشيخوخة واحدة من أهم المشكلات التي تواجه الإنسان في العصر الحديث، فمع تقدم الطب وعلومه واستعمال العقاقير الحديثة، أصبح بالإمكان القضاء على كثير من الأمراض، وتقدمت سبل الوقاية من الأمراض، مما أدى إلى رفع معدل العمر الوسطي للإنسان، وازدياد عدد المسنين زيادة كبيرة، وباتوا يشكلون نسبة مهمة من المجتمعات لها مشاكلها وهمومها وآثارها على المجتمع.

واحتلت الشيخوخة مكاناً بارزاً في لائحة اهتمامات الأمم والشعوب وانحكومات، إلا أن الدول النامية، ومنها عالمنا العربي والإسلامي، لم تعط اهتمامها الكافي بعد لهذه المشكلة المهمة، وهذا أمر مؤسف للغاية، إذ لا نكاد نرى دراسة أو بحثاً جدياً موجهاً نحو هذا الموضوع، في الوقت الذي أخذ فيه هذا الموضوع من اهتمامات الدول المتقدمة حيزاً كبيراً، فوضعت للشيخوخة برامج وخطط حكومية، وأجريت حولها البحوث والدراسات، وأقيمت لأجلها المستشفيات والدور الخاصة، وتفردت الشيخوخة باختصاص متميز يختص به الأطباء في العديد من دول العالم يسمى (طب الشيخوخة).

ولعل السبب في عدم الانتباه لموضوع المسنين والانشغال عنهم، هو ما يجده المسنون في المجتمعات الشرقية من الرعاية والاحترام والعناية من قبل العائلة، بحيث لا يشكلون مشكلة اجتماعية كبيرة، ولا يزالون قادرين على لعب دورهم الاجتماعي في الحياة، في ظل التعاليم السماوية والعادات والتقاليد التي تجلهم وتدعو لاحترامهم.

لكن اتجاه مجتمعنا نحو التصنيع، وتأثير العلم والتكنولوجيا عليه، وما بدأ يظهر من هجرة سكان الريف إلى المدينة، وتضخم المدن وما يظهر من تغيرات في العادات والتقاليد، وبداية تفكك الروابط الأسرية والأواصر العائلية.. كل هذا يجب أن يحفزنا على الإعداد الكافي لمواجهة ما قد يلاقينا من مشاكل مستقبلية في هذا المجال.

ما هي الشيخوخة؟

إن الشيخوخة هي تغير طبيعي في حياة الإنسان أي أنها تطور فسيولوجي شأنها كمرحلة الرضاعة والطفولة والبلوغ والشباب ثم الكهولة، وقد يفسر هذا التغير الفسيولوجي بأنه نتيجة التحول الذي يطرأ على أنسجة كبير السن وخلاياه.

أو هي مرحلة زمنية من مراحل العمر المتتابعة يصل إليها الإنسان بعد سن الخامسة والستين، فهي عملية حيوية طبيعية تتأثر بنمط الحياة وبعوامل البيئة والوراثة، لذا تجب الرعاية المبكرة التي تقي من أمراض الشيخوخة المستقبلية.

وهناك رأي أخر يرى بأن الشيخوخة هي نتيجة لتراكم ظواهر كثيرة منها ما هو مرضي- مثل تصلب الشرايين والأمراض المزمنة - ومنها ما هو بسبب نقص التغذية والتقلبات الجوية والحالة النفسية والعصبية والحالة المناعية، ومنها ما هو بسبب المؤثرات الداخلية والخارجية والإسراف في تعاطي العقاقير والعدوى.. إلى آخره مما يؤدي إلى الاضمحلال والشيخوخة، ذلك إذا أتت مبكرة عن ميعادها الافتراضي.

الشيخوخة مرحلة من مراحل النمو، تحدد خصائصها وصفاتها منظومة متغيرات حتمية يحكمها تقادم الزمن، هذه المتغيرات تبدأ مبكرة منذ مرحلة الرشد وربما قبل ذلك وهي بطيئة الحركة، متدرجة الحدوث، متداخلة العناصر تراكمية الطابع، ولهذا فمن الصعب معرفة معدلاتها الفعلية.

والشيخوخة هي عملية قصور متزايد لقابلية التكيف ونقص مستمر على القدرة على التوافق والبقاء، وهي ناجمة عن تراكم وتداخل الأخطار والآثار الضارة التي تسبب تدهوراً وظائفياً وعضوياً.

وهذا التدهور يؤثر بشكل واضح وملموس على مجمل الوظائف الحيوية للإنسان، وهذا يعلل ظهور الضعف التدريجي في قدرة الكائن الحي على التلاؤم مع الشروط والظروف الحياتية المختلفة.

وبهذا فأن الشيخوخة في مرحلة نمو تتسم بالانحدار الواضح الدائم المستمر في القدرات الوظيفية والبدنية والعقلية، والتي يمكن قياس مستوياتها ونوعيتها وأشكال تأثيراتها على العمليات التوافقية.

إن الشيخوخة وإن كانت تصيب جميع الخلايا والأعضاء والأجهزة في كل الكائنات المتعددة الخلايا، إلا أن درجة هذه الشيخوخة تختلف من عضو إلى عضو... كما وان الشيخوخة تختلف من كائن إلى آخر.

فشيخوخة الدماغ أو القلب أو الكبد أو الرئة لنفس الكائن الحي تختلف درجتها وحدتها، كما أن شيخوخة القلب أو الكبد لدى الإنسان تختلف عما هي عليه لدى الأسد أو القرد أو الفيل.

وبهذا فأن الشيخوخة هنا تعتبر حالة من القصور البيولوجي العام، وهذه الحالة - بحد ذاتها - ونتيجة لانهيار وتدهور العمليات العضوية الحيوية تؤدي إلى موت الإنسان.

هذا بالإضافة إلى ما تحدثه الشيخوخة ذاتها، فأن علاقة الشيخوخة مع البيئة تزيد من احتمالات تعرض المسنين للحوادث والعدوى بالأمراض وشدة المضاعفات.. إذ تصبح الشيخوخة هي نفسها سبباً ووسيلة تؤدي إلى الموت والوفاة.

هذا ويلعب الاستعداد الشخصي والعائلي دوراً في بلوغ الإنسان مرحلة الشيخوخة قبل الأوان وهو الذي يصدق عليه القول بالشيخوخة المبكرة.

والفصل بين هذه الأنواع قد لا يكون بالسهولة أو الإمكان ولهذا تعتبر الشيخوخة خلاصة تلك المسببات جميعاً.

ولقد اختلفت الآراء كذلك في الوقت الذي تبدأ فيه الشيخوخة، وأوضحت دراسات عدة أن التقدم في السن، وبالتالي ظهور أعراض الشيخوخة سواء صحياً أو نفسياً أو عقلياً قد يبدأ في أي مرحلة من مراحل العمر.. فالقدرات عامة تبدأ في التغير ابتداء من سن العشرين، ومن جهة أخرى فمن المعروف أن سن الشخص قد لا يكون بالضرورة متفقاً واحتفاظه بوظائفه البدنية.

وعلى هذا يتفق الكثيرون على تعريف الشيخوخة بأنها: مرحلة العمر التي تبدأ فيها الوظائف الجسدية والعقلية في التدهور بصورة أكثر وضوحاً مما كانت عليه في الفترات السابقة من العمر.

إن سن ألـــ ٦٠ الذي حددته الحكومات والمؤسسات ليكون سناً للشيخوخة أو سناً للتقاعد هو في واقع الحياة وخبراتها يختلف عن ذلك إذ أن هناك أشياء كثيرة تؤثر

في سن الشخص، فالشيخوخة تظهر عند الناس بشكل تدريجي، وتختلف سرعة ظهورها من إنسان لآخر، مما يجعل العمر الحيوي مختلفاً مع العمر الزمني، ففي حين نجد بعض الناس شيوخاً عاجزين في سن الستين، نجد آخرين شباناً نسبياً في الثمانين من العمر.

ولهذا فإن المعايير التي تصنف الأشخاص المسنين كجماعات وزمر معينة حسب العمر، كأن نقول إن الشيخوخة تبدأ بعد عمر ٦٠ سنة أو ٧٠ سنة، إنما هي معايير غير دقيقة علمياً وواقعياً.

ومن الأفضل استخدام مصطلح (المسنين أو المعمرين) للتعبير عن الأمور الوظيفية والتغيرات الحيوية في الجسم بدلاً من الترتيب الزمني والعمر بالسنين، ومن الأفضل أن نقسم الشيخوخة إلى:

- شيخوخة زمنية.
- شيخوخة عضوية وحيوية.
- شيخوخة نفسية.. الخ.

وفي بعض الأماكن لا يحدد الشخص عمره بالسنين التي عاشها بل بما أنجزه من أعمال.

من هو المسن:

حتى زمن قريب لم يكن هناك عدد من المئويين (وهم الذين تبلغ أعمارهم مائة أو تزيد)، يكفي لاعتبارهم مجموعة منفصلة عن بقية المسنين، أما الآن، فقد أدت الزيادة الكبيرة في أعدادهم لجعل أكبر الهيئات العالمية المتخصصة في شؤون السكان، وهي قسم السكان التابع للأمم المتحدة، تعيد صياغة تعريفاتها المعتمدة.

فاصطلاح (المسن) Elderly، يعني الآن: ذلك الشخص الذي يبلغ الخامسة والثمانين من العمر أو أكثر، وليس الخامسة والستين كما كان يشير إليه التعريف منذ زمن قريب، ففي عام ١٩٩٨، كما يقول التقرير المذكور، كان هناك نحو ١٣٥ ألف شخص في جميع أنحاء العالم يقدر أن أعمارهم تبلغ المائة أو تزيد، ومن المتوقع أن يزيد عدد المئويين ستة عشر ضعفاً بحلول عام ٢٠٥٠، ليصل إلى ٣,٢ مليون شخص.

وقد انخفضت المعدلات الكلية للوفيات في أغلب بلدان العالم وتزداد نسبة المسنين عاماً بعد آخر خلال القرن العشرين، وأسهم في تحقيق هذه النتيجة العديد من العوامل المتشابكة، مثل التطور الطبي الوقائي في استحداث التطعيمات والأمصال اللازمة للوقاية من بعض الأمراض، واستخدام المضادات الحيوية، وتحسين مستويات الصحة العامة والتغذية، بالإضافة إلى التقدم الذي تحقق للبشرية في مجال الطب والتطور الطبي العلاجي في تقدم وسائل التشخيص والعلاج، بالإضافة إلى التطور الحاصل في علوم التغذية والزراعة والصناعة والعمارة والمواصلات.

ويساعد التطور الاقتصادي، بصورة عامة على بقاء الناس على قيد الحياة لفترات أطول، والنساء يعشن بصورة عامة لفترات أطول من الرجال، وتشير تقارير الأمم المتحدة إلى وجود امرأتين لكل رجل فوق سن الثمانين، أما بين المئويين، فترتفع تلك النسبة إلى أربع نساء لكل رجل.

ويرى العلماء أنه مع ازدياد أعداد المئويين، فلن يصبحوا عبئاً ثقيلاً على اقتصاد البلدان التي يعيشون فيها، فعلى العكس من النظريات السائدة لتفسير الشيخوخة، فالكثير من الأشخاص في أواخر التسعينات من أعمارهم أو يزيد، يعيشون حياة فاعلة وصحية، وإذا كان هؤلاء يمثلون مجموعة "البقاء للأصلح"، فربما حان الوقت لكي ننبذ مفاهيمنا السابقة عن أكبر المعمرين في مجتمعنا المعاصر.

وتتزايد نسبة أعداد المسنين بفضل تقدم الطب والعلاج الصحي وانخفاض نسبة الولادات، وقد أعلنت منظمة الأمم المتحدة العام ١٩٩٩ (السنة العالمية للمسنين) بعنوان (نحو مجتمع لجميع الأعمار)، محددة الأول من تشرين الأول يوماً عالمياً للمسن، وأعلنت الأمم المتحدة عام ١٩٨٢ العقد التاسع من القرن العشرين عقد المسنين، ورفعت منظمة الصحة العالمية عام ١٩٨٣ شعار (فلنضف الحياة إلى سنين العمر).

كما دلت دراسات الأمم المتحدة على أن عدد المسنين في العالم عام ١٩٥٠ بلغ ٢٥٠ مليون إنسان، وتصاعد إلى ٣٥٠ مليوناً العام ١٩٧٥ ووصل عددهم في العام ١٩٩٥ إلى ٥٩٠ مليوناً، ما يؤكد تجاوزه رقم المليار ومائة مليون حتى العام ٢٠٢٥، أي أن نسبة ازدياد المسنين تتجاوز نسبة ازدياد السكان في العالم، وهذا بدأ يشكل تحدياً

جاداً للدول النامية، لأن ارتفاع نسبة الطاعنين في السن يتطلب خدمات كثيرة في المجالين الصحي والاجتماعي.

وتفسير ما يجري من تغيرات في التركيبة السكانية للعالم ليس صعباً، فكثير من الدول تسعى لتقليل الخصوبة أي القدرة على الإنجاب، وتبدل الميول عند الرجال والنساء في عدد من الدول تجاه الأسرة الكبيرة، كل ذلك جعل العالم أمام إخصاب أقل.

والإنسان ونتيجة لتحسن الصحة والمعيشة يعيش أكثر، فمتوسط العمر المتوقع حالياً هو ٦٦ سنة، يرتفع فوق السبعين لبلدان مثل: السعودية، قطر، البحرين، كندا، الصين، الولايات المتحدة، وينخفض إلى الخمسين في أفريقيا جنوب الصحراء.

وكان الاعتقاد السائد أن كبار السن يتركزون في الدول المتقدمة، حيث يتوفر مستوى صحي مرتفع، إلا أن إحصائيات منظمة الصحة العالمية التي صدرت عام ١٩٩٩، أكدت أن ٦٠% من المسنين (أي ٣٥٥ مليون شخص)، هم من أبناء الدول النامية، وسوف يتضاعف عددهم بحلول عام ٢٠٢٠.

وكان الاعتقاد السائد إن كل المسنين سواء، تتدهور أحوالهم الصحية، وتتراجع كفاءتهم الذهنية، وتقل قدرتهم على العمل، لكن الأبحاث تشير إلى انه بينما يتقارب الصغار في صفاتهم الصحية، فإن صحة المسنين ترتبط بعوامل كثيرة: فهي انعكاس لمسيرة حياة طويلة، فالذين دخنوا عشرات السنين، أو الذين تعاطوا الخمور لسنوات طويلة، أو من لم يحصلوا على تغذية صحية، كل هؤلاء تختلف حالتهم الصحية عن غيرهم.

والمسنون بشكل عام: هم كبار السن الذين تتجه قوتهم وحيويتهم إلى الانخفاض مع ازدياد تعرضهم للإصابة بالأمراض وخاصة أمراض الشيخوخة الأمر الذي يتزايد معه الشعور بالحاجة والعناية والرعاية الاجتماعية والنفسية والطبية الخاصة.

لغة الأرقام:

العالم.. نحو الشيخوخة:

- ٦٠٠ مليون شخص في العالم تجاوزت أعمارهم الستين سنة.
- ٢٢٦ مليون شخص من هؤلاء في أوروبا و أمريكا ودول جنوب شرق آسيا.
- ١٧١ مليون شخص في الدول النامية في آسيا وأفريقيا وأمريكا الجنوبية.
- ٣٥% نسبة الأطفال تحت سن ١٥ سنة في العالم عام ١٩٥٠.
- ٣٠% نسبة الأطفال تحت سن ١٥ سنة في العالم عام ١٩٩٩.
- ٢٠% نسبة الأطفال تحت سن ١٥ سنة في العالم المتوقعة عام ٢٠٥٠.
- ١٠% من سكان العالم مسنين في عام ١٩٩٩.
- ٢٢% نسبة المسنين المتوقعة عام ٢٠٥٠.
- ٥٣% من المسنين في العالم في قارة آسيا.
- ١١ مليون شخص معمر فوق ٨٠ سنة في الصين أي نسبة ١٦% من عدد المعمرين في العالم.
- ٥,٧ مليون شخص معمر في الهند.
- ٤,٣ مليون شخص معمر في اليابان.
- ٣ ملايين شخص معمر في روسيا.
- ٢٥% من المسنين في العالم متواجدين في دول أوروبا وأمريكا الشمالية.
- ٥% من المسنين في العالم في السويد.
- ٤,٢% من المسنين في العالم في النرويج.
- ٤,١% من المسنين في العالم في إيطاليا.
- ٩ ملايين مسن فوق ٨٠ سنة في أمريكا.
- ٥% من سكان القارة الأفريقية مسنين.
- ٦% نسبة المسنين في مصر من مجموع السكان.
- ٢١% النسبة المتوقعة للمسنين في مصر عام ٢٠٥٠.
- مليار شخص العدد المتوقع للمسنين فوق ٦٠ سنة في العالم مطلع عام ٢٠٥٠.

- ٦٦ مليون شخص عدد المسنين فوق ٨٠ – ١٠٠ سنة في العالم حالياً.
- ٣٧٠ مليون شخص العدد المتوقع للمسنين فوق ٨٠ – ١٠٠ سنة في العالم عام ٢٠٥٠.
- ٥٥% نسبة النساء من مجموع المعمرين الذين هم فوق ٦٠ سنة.
- ٦٥% نسبة النساء من مجموع المعمرين الذين هم فوق ١٠٠ سنة.
- ٧٥% من المسنين من الأزواج والزوجات والمترملين.
- ٢٣% من المسنين يشاركون في عمليات التنمية الاقتصادية في الدول المتقدمة.
- ٥٢% من المسنين يشاركون في عمليات التنمية الاقتصادية في الدول النامية.
- ٨٥% متوسط عمر الفرد في العالم عام ١٩٩٩.

التغيرات الفيزيولوجية في الشيخوخة:

الشيخوخة عبارة عن تطور طبيعي وبيولوجي يحدث في أجهزة الجسم المختلفة مع تقدم السن، أو هي مجموعة من المتغيرات الجسمية والنفسية تحدث بعد سن الرشد وفي الحلقة الأخيرة من الحياة.

وحتى وقت قريب كان الناس والعلماء منهم، ينظرون إلى الشيخوخة على أنها حدث لا يمكن أن نتجنبه أو نؤخر حدوثه أو نقلل مضاعفاته، فالمسن ينظر إلى الناس على أنه إنسان عديم الفائدة للمجتمع، فلم يعد له دور يلعبه، وأكثر من ذلك فهو يحتاج لمن يرعاه ويأخذ بيده فيكون بذلك عالة على الآخرين، إلا أن الدراسات الحديثة أكدت أن هناك أشخاصاً بلغوا سن المائة وأكثر، وهم في حالة صحية جيدة سواء من الناحية الذهنية أو البدنية، ولا يعانون من أي أمراض عضوية.

ومن الطبيعي أن نجد في الشيخوخة ومع تقدم العمر نقصاً في نشاط بعض أنزيمات الجسم، واضطراباً في توازن بعض العناصر مثل الصوديوم والبوتاسيوم والكلور داخل الخلية وخارجها، لذلك من الحكمة أن يقلل المعمر من ملح الطعام في أكله، كما يقلل من تناول السكريات بصفة عامة، حيث يقل إفراز الأنسولين بنسبة تتراوح بين ٧ – ١٠%.

وأثبتت الأبحاث أن هناك انخفاضاً في مناعة الجسم، حيث تنخفض قدرة نخاع العظم وهو المصنع الذي تصنع فيه خلايا الجهاز المناعي، لذلك يجب على المسنين أن يزيدوا من حرصهم على ألا يلتقطوا العدوى من الآخرين، لأن كفاءة الجهاز المناعي في تكوين الأجسام المضادة للميكروبات تقل.

وللشيخوخة - رغم وجود فوارق فردية، ذاتية - خصائص ومميزات وصفات عامة شاملة لكل البشر، بغض النظر عن الزمان والمكان والعرق والجنس واللون، وهذه الصفات تبرزها مظاهر خاصة بها ومميزة لها، وتشمل هذه الصفات التغيرات التي تحدث في هذه المرحلة العمرية:

أولاً - التغيرات الخارجية:

- ظهور الشيب والتجاعيد.
- تساقط الشعر والأسنان.
- تغيرات في صبغة الجلد.
- هزالة الجسم وتقوس الظهر.
- تراجع في ردود الأفعال.

ثانياً - التغيرات الداخلية:

- فقدان مرونة الأوعية الدموية مما يزيد من احتمالية الإصابة بتصلب الشرايين.
- عدم القدرة على التنفس بسهولة، بسبب تقليل السعة الحيوية في الرئتين.
- زيادة تعرض العظام للكسور والتهشم بسبب ليونتها، وضعف قدرة العظام على التعظم بعد الكسر.
- قلة المناعة في مواجهة الأمراض وضعف قدرة التماثل إلى الشفاء بعد المرض.
- بطء عمليات النمو والبناء وبالتالي يصبح الجسم غير قادر على إصلاح التلف الذي يحصل للجسم بسرعة كما كان الحال في الصغر.

ثالثاً - التغيرات الجسمية (العضوية):

- الضعف العام في الصحة.

- نقص الطاقة الإنتاجية.
- قلة الحركة والنشاط.
- نقص القوة العضلية.
- ضعف في القوة الانقباضية.
- ضعف التوافق العضلي والعصبي.
- ضعف الطاقة الجسمية والجنسية.
- تراجع في نشاط الحواس (وخاصة السمع والبصر).

رابعاً - المتغيرات النفسية:

- ضعف الانتباه.
- ضيق الاهتمامات والمحافظة.
- شدة التأثر الانفعالي.
- نقص تحمل درجات الحرارة والضجيج.
- **العواطف:** إن حاجة الإنسان في هذه المرحلة إلى الإحساس بالأمان مادياً ومعنوياً إلى المشاركة والإحساس بالأهمية تزداد عنها في فترات العمر السابقة وذلك بسبب فقدان عمل وافتقاد شريك العمر أو الأولاد أو الأقارب.

خامساً - التغيرات العقلية:

- **الذاكرة:** يعتبر النسيان من أبرز السمات لدى المسن وخاصة للذاكرة القريبة، أما الذاكرة البعيدة فأحداثها تبدو ملتصقة بالذاكرة لدى المسن.
- **التفكير:** يتحول المسن إلى التفكير البطيء والتحفظ وعدم التعجل في اتخاذ القرارات.

سادساً - الشخصية:

- تظهر على المسن بعض التغيرات في الشخصية، فقد يصبح:
- عديم الثقة.
- يبالغ في صفاته وقدراته وردود أفعاله.
- قد يهمل في مظهره تعبيراً عن الانسحاب من الحياة.

- قد يصبح منتقد مستمر للآخرين.
- عديم السيطرة على المشاعر والضوابط السلوكية.

وتنتاب المسنين انفعالات ومخاوف عديدة، ربما كان من أهمها الشعور بالخوف ومواجهة النكران، والخوف من أن يخذل الجسد صاحبه ولا يقوى على حمله فيعوزه إلى الآخرين.

والأقسى من ذلك أن يضعف الإنسان عقلياً، عندما تخونه ذاكرته، فلا يستطيع أن يتكلم بوضوح أو يعبر عما يريد، والحقيقة أن الإحساس بالكبر أو الشيخوخة إنما هو إحساس نسبي، فنحن نشعر أننا نكبر من خلال تغيرات جسمية ومظهرية، عندما يغزو الشعر الأبيض الرأس وتظهر تجاعيد الوجه، ويعجز الإنسان عن عمل أشياء كان يفعلها بسهولة في سن الشباب.

وكثير من الناس يخشون من العجز والشيخوخة أكثر من خشيتهم للموت نفسه، وكم يقع المسن في حرج بالغ عندما يرى أحد أقاربه ولا يتذكر اسمه، وعندما يسأل ولا يستطيع الإجابة، أو عندما لا يستطيع حمل حاجياته بنفسه، وربما كانت الكلمة التي قالها أحد المعمرين في يوم ميلاده الخامس والثمانين خير تعبير عن التغيرات التي تحدث للمسن حين قال:

(طالما أنني جالس فأنا لا أشعر إطلاقاً بتقدمي في العمر، لكن عندما أقف وأنظر في المرآة وأحاول أن أمشي، أدرك أنني أصبحت شيخاً عجوزاً).

هذه المظاهر تمثل الجانب السلبي للشيخوخة، أما الجانب الإيجابي فيتمثل بالحكمة والتعقل والمعرفة والرصانة والخبرات التي أكسبتها السنون للمسنين.

هذه هي المظاهر العامة للشيخوخة، أما الفوارق الفردية فتبدو في اختلاف مواعيد ظهور أعراض الشيخوخة وفي أولوية ونوعيته هذه الأعراض.

الشيخوخة هي عبارة عن سلسلة تحولات جسمية وعقلية ونفسية سببها مرور الزمن وتقادم السنوات، تؤدي إلى حصول متغيرات في التركيب العضوي والوظائفي، كما وإنها سلسلة من تحورات لعلاقة الإنسان مع محيطه.

والشيخوخة بأبعادها الشاملة وبمفهومها العام وبجوانبها المتعددة ليست نتاج للتدهور البيولوجي فقط وإنما هي - في واقع التعامل - نتاج للظروف الحضارية أيضاً، فالشيخوخة هي جزء من أفكارنا عن: الإنسان والحياة والطبيعة وهي لهذا خاضعة للأنظمة السائدة في المجتمع التي تحدد الاتجاهات والقيم والعادات.. وهنا يظهر إن المفاهيم والأفكار السائدة في المجتمع لها تأثير كبير جداً على الشيخوخة نوعاً وكماً.

وعلى هذا الأساس فأن شيخوخة الإنسان كما تعتبر ظاهرة بيولوجية، هي أيضاً ظاهرة اجتماعية، يمكن التعامل معها بشرياً، وإخضاعها - حسب الإمكانات المتوفرة - إلى نوع من السيطرة والمراقبة والتعديل أو التغير.

ولهذا فأن (نوعية) الشيخوخة يحددها عاملان هما:

- الطبيعة: المتمثلة في المتغيرات البيولوجية لخلايا وأعضاء وأجهزة الجسم.
- المجتمع: التوقف حيال الشيخوخة والمتمثل في الاتجاهات السائدة في المجتمع حيال الشيخوخة وحيال المسنين.. من حيث شروط الحياة، والأوضاع الاقتصادية والرعاية الصحية والاجتماعية وأنظمة التقاعد وفرص العمل والأنشطة المتاحة والمشاركة المجتمعية.

التغيرات الشائعة المترافقة مع تقدم العمر:

- النقص الوظيفي في جهاز عضوي أو أكثر من الجسم: وربما يكون أكثرها وضوحاً فقدان الذاكرة ونقص القدرة البصرية وضعف السمع وازدياد الحدب والترنح عند الوقوف.
- تناقص المناعة، وضعف المقاومة للأمراض.
- نقص تحمل الشدة Stress، وازدياد معدل الوفيات المرافق للحروق والرضوض والأمراض مع تقدم السن.
- ازدياد الأزمات العاطفية الناجمة عن الخسائر الشخصية مثل ضياع القوة الجسمية ووفاة الأصدقاء والتقاعد وتناقص الدخل وغيرها.
- كثرة حدوث المشاكل النفسية والاجتماعية المرافقة للمرض.

الدماغ والشيخوخة:

لقد أظهرت الدراسات أنه مع تقدم السن، فإن المنطقة المسؤولة عن الحركة في الدماغ والمسماة بقشر الدماغ الحركي، تفقد نسبة كبيرة من خلاياها العصبية التي ترسل فروعها من خلال الحبل الشوكي إلى الأعصاب الطرفية والعضلات، ويؤدي فقد هذه الخلايا إلى فقد التناغم الحركي وسرعة رد الفعل، فلا تستجيب العضلات للأمر الذي يريده المسن بالسرعة والكفاءة نفسها التي تستجيب بها للشاب.

وعندما يولد الإنسان يحتوي دماغه على عدد معين من الخلايا يصل إلى مائة مليون خلية عصبية، ومع تقدم العمر، يتلف عدد معين من الخلايا، ويعتقد إن دماغ الإنسان ينقص بنسبة ١٠% على مدى حياته، والمعروف أن الخلايا العصبية هي النوع الوحيد من خلايا الجسم الذي لا يتجدد إذا ما تلف.

ويختلف عدد الخلايا التي تفقد أو تتلف من شخص لآخر، حيث يفقد الإنسان على أقصى تقدير خمسين ألف خلية عصبية كل يوم، وبمعنى آخر، فإن رجلاً في السبعين من العمر ربما يكون قد فقد بليوناً وربع البليون من الخلايا من دماغه على وجه التقريب، وربما يكون فقد هذه الخلايا في بعض مناطق الدماغ أوضح من فقدها في مناطق أخرى.

والأهم من فقد الخلايا العصبية وموتها مع كبر السن، هو انخفاض درجة التلاحم والتشابك والاتصال بين النهايات العصبية لخلايا الدماغ والأعصاب، مما يؤخر من سرعة رد فعل المسن واستجابته لمن يتحدث معه، والخلايا والنهايات العصبية المتبقية بعد موت الخلايا العصبية الأخرى في الدماغ، تحاول جاهدة أن تزيد من تفرعها وتشابكها مع الخلايا السليمة الأخرى.

وقد تنخفض في الشيخوخة كفاءة بعض المناطق الخاصة بالذاكرة القريبة في الدماغ، حيث تفقد هذه المناطق حوالي ٤٠% من خلاياها العصبية مع تقدم العمر بعد الستين، والحقيقة المعجزة هي أنه على الرغم من أن الخلايا العصبية إذا تلفت لا تعوض، فإن الله سبحانه وتعالى قد خلقنا بأكثر من ضعف ما نحتاج إليه من هذه الخلايا في الدماغ، وبالتالي فإن تلف مثل هذا العدد الذي ذكرناه على مدى عمر الإنسان، لا

يؤثر في وظيفة وكفاءة الدماغ، بل إن الخلايا المتبقية يزيد نشاطها وحيويتها، وتزداد تفرعاتها مع تقدم السن حتى تحاول تعويض فقد هذا العدد من الخلايا.

وكلما استخدم المسن عقله وذهنه في اكتساب خبرات جديدة واستعادة وتنشيط الخبرات القديمة، زادت استجابة خلايا الدماغ الموجودة وعملت بأقصى طاقة ونشاط لها، وزادت تفرعاتها ودرجات تواصلها معاً في النهايات العصبية، وهذا ما يزيد سرعة رد فعل الشيخ المسن، وينشط ذاكرته وعقله.

أما الذي يركن إلى الشيخوخة، فلا يحاول أن يعمل ذهنه، فإن آثار الشيخوخة تظهر عليه في وقت مبكر، فتشغيل المخ وممارسة الأعمال الذهنية والعقلية إلى جانب الرياضة البدنية المناسبة للمسن، هي من أهم الأسباب التي تحافظ على حيوية العقل، وتحافظ على ذكاء الإنسان وذاكرته.

ورغم وجود عوامل عدة تؤثر في الحالة الذهنية للمسن، مثل ممارسته للرياضة والمشي، وعدم التدخين، وتنظيم الأكل، وإيمانه واطمئنانه النفسي، إلا أن المبدأ العام الذي يتحكم في مصير هذا المسن، هو كيفية معاملته لنفسه ولجسمه أثناء فترة الشباب، وقد قالوا في المثل: (من جار على شبابه جارت عليه شيخوخته).

وعلى الإنسان أن يتذكر دوماً أن هذا الجسم أمانة، وأن له حقاً على صاحبه، يجب أن يؤديه له، فيحافظ عليه، ولا يجور عليه بأساليب الحياة المدمرة مثل الإدمان والتدخين، والزنا والخمر، ويتجنب أساليب الحياة الضالة التي يدفع الإنسان ثمنها في كبره قبل أخرته.

أسباب الشيخوخة:

إن أسباب الشيخوخة – لا زالت حتى الآن – قضية يكتنفها الغموض وعدم الوضوح وهي لم تتجلى عند فكرة ثابتة أو طرح أكيد يفسر أبعادها وأنواعها ببياناتها.

والنظريات التي تحاول تحليل أسباب الشيخوخة كثيرة ومتعددة ولكن لم تصل أي من هذه النظريات إلى مستوى (القرار القطعي) الشامل القادر على تعليل الجوانب المختلفة والمجالات المتعددة لظاهرة الشيخوخة لدى جميع الكائنات الحية بما فيها الإنسان.

فالتساؤلات الكثيرة المتعددة المتجددة حول أسباب الشيخوخة تحاول أن تصل إلى الجواب الشافي الكافي.

ومن الأمثلة على هذه الأسئلة ما يلي:

- هل الشيخوخة ظاهرة حتمية ذات نوعية واحدة تصيب جميع الكائنات الحية؟
- هل للشيخوخة سبب واحد أو عدة أسباب؟ وإذا ما تعددت الأسباب فما سبب هذه التعددية؟
- ما مدى تأثير العوامل الداخلية (في جسم الإنسان) والعوامل الخارجية في حصول الشيخوخة؟ وما هي العلاقة بينهما ومدى التأثير المتبادل بينهما؟
- ما هي خصائص الشيخوخة لكل الأنواع المختلفة من الكائنات الحية مثل الثدييات والطيور والزواحف والرخويات هذه الخصائص إذا كانت متشابه أو متباينة.. لماذا ؟
- هل تتباين شيخوخة الإنسان مع الزمان والمكان والجنس والعرق؟ ولماذا؟ وكيف؟
- شيخوخة كل من الفيل والصقر والحوت والسلحفاة والحية هل أسبابها
- متجانسة؟ أم مختلفة؟ وهل السبب واحد أو الأسباب متعددة ؟
- العوامل الطبيعية والعوامل البيئية ما دور كل منهما في (سببية) حصول الشيخوخة؟

هل أن الزمن هو سبب مجرد قائم بذاته يؤدي إلى الشيخوخة؟ وفي هذه الحالة كيف يمكن تفسير التطورات العملية حول تجميد الإنسان للقيام باكتشاف الكواكب التي تبتعد عن الأرض ملايين السنين الضوئية؟ ليعود من التجميد إلى الحياة من جديد متجاوزاً الزمان والشيخوخة؟

هذه النماذج من التساؤلات عن الشيخوخة تتداخل وتتمازج وتختلط وتتفاعل، والنتائج المتعلقة في محصلات الأجوبة تعتبر مؤشرات لتحديد أسباب الشيخوخة من خلال طروحات أفرزتها وهي:

هل الشيخوخة ناجمة عن تلف أو فقدان خلايا لا تنقسم ولا يمكن تعويضها بخلايا مماثلة جديدة لتحل محلها؟ أم إن سبب الشيخوخة يكمن في نوعية الخلايا التي

ينتجها الإنسان في أواخر عمره وهي أقل كفاءة وأقل سلامة نتيجة التغيرات الحاصلة في خصائص الخلايا القابلة للانقسام؟ أم إن التغيرات المسؤولة عن حدوث الشيخوخة؟

إن أسباب الشيخوخة هي مزيج من كل تلك الأسباب وربما من أسباب أخرى أيضاً، وإن معرفة أسباب الشيخوخة وإن كانت تعتبر موضوعاً علمياً بحث متشابك متفرغ لا يستصاغ ولا يستوعب بسهولة إلا انه لابد من طرحه والاطلاع عليه ولو بشكل مبسط لمعرفة (موجز العموميات)، وهذا أمر ضروري لاستكمال الصورة عن موضوع الشيخوخة التي أصبحت علم قائم بذاته يطلق عليه (علم الشيخوخة): وهو العلم الذي يتضمن الدراسات البيولوجية التي تستهدف الكشف والتعرف على أسباب هذه العمليات لسيطرة الإنسان وتحكمه بما يتمكن إيجابياً على صحة وحياة الإنسان.

الفصل الثاني

أسباب زيادة معدل عمر الإنسان

إن معدل سنوات عمر الإنسان هو محصلة لمجموعة من العوامل والمؤثرات، وإدراك واستيعاب هذه الحقيقة لا يتم بدون استعراض الطرح العلمي الذي يوضح (كيفية) تحقيق ذلك.

الدائرة الصحية:

أولاً - المؤثرات غير الصحية:

- **نظام الاتصالات:** وجود نظام اتصال فعال وسريع يؤدي إلى إنقاذ حياة الناس نتيجة سرعة توصل وتقديم الخدمات الصحية الفورية في الوقت المناسب، حيث للدقائق أهمية كبرى في تقرير المصير - التي لولاها لفقد الإنسان حياته - وتتمثل هذه الأوضاع بشكل واضح في مجال الحوادث وأثناء الكوارث والحروب.
- **الوضع الاقتصادي:** في أثيوبيا حسب الناتج القومي للفرد (١٣٠) دولار سنوياً فإن معدل عمر الإنسان (٤١) مقابل (٧٧) عاماً هو معدل عمر الإنسان في سويسرا التي يبلغ ناتجها القومي (٢١٣٣٠) دولار سنوياً.

وقد أجرت منظمة الصحة العالمية دراسة في البرازيل بينت نتائجها إن متوسط العمر المتوقع لدى المجموعات الفقيرة هو (٤٢) عاماً مقابل (٦٢) عاماً للمجموعات الفنية.

إن ضعف الطاقة المادية للإنسان يضعف إمكانياته ويحرمه من الحصول على مقومات الحياة الأساسية من حيث الغذاء والمسكن واللباس والمعالجة والغذاء والترويح وكلها عوامل تؤثر على سنوات العمر.

إن التفاوت المذهل بين معدل سنوات عمر الإنسان في الدول النامية وفي الدول المتقدمة هو أحد المظاهر اللاأخلاقية واللاحضارية واللاإنسانية لواقع البشر في القرن العشرين.

- **الأرصاد الجوية:** إن المناخ يتكون من عدة عناصر متداخلة تؤثر على توزيع نوع وشكل وحجم الكائنات الحية ومن ثم تؤثر على نوعية الأمراض والأوضاع الصحية السائدة ولذا نرى أن بعض الأمراض تكاد تكون محصورة

في مناطق محددة مثل الحمى الصفراء، الملاريا، الكوليرا، الطاعون... الخ، وبالنسبة للإنسان فإن المناخ يؤثر عليه وظائفياً ووراثياً وسلوكياً.

ويؤثر تغير الأوضاع المناخية بفصولها الأربعة، الصيف، الخريف، الشتاء، الربيع، على الإنسان في ظروفه الحياتية المعاشية وفي أوضاعه الصحية والمرضية، ولولا التطور المذهل في مجال التنبؤات لما أمكن الإفلات من براثن الكوارث الطبيعية كالأعاصير والفيضانات والبراكين والجفاف ومتقلبات الطقس وما ينجم عنها من مضاعفات ومشاكل.

- **التعليم:** إن تأثير التعليم على عدد سنوات العمر هو تأثير شامل متفرع لأنه يتناول كل الظروف الحياتية ابتداء من سن ونوعية الزواج وإجراءات الكشف الطبي أثناء الحمل، ومكان الولادة في المنزل أو المستشفى وأخذ التطعيمات المضادة للأمراض التي تصيب الأم وطفلها.

وقد بينت كل الدراسات تأثير التعليم على نسبة وفيات الأطفال حسب مستوى تعليم الأمهات حتى ضمن الطبقة الاقتصادية الواحدة، فقد بلغت نسبة وفيات الأطفال الرضع للأمهات اللواتي مستوى تعليمهن أربع سنوات أقل بـــ ٥٠% من نسبة وفيات أطفال النساء الأميات، ولهذا ففي باكستان ولأن معدل تعليم الكبار (٣٠%) فأن معدل العمر المتوقع هو (٥٧) سنة، وفي سريلانكا ولأن معدل تعليم الكبار (٨٧%) فأن معدل العمر المتوقع (٧٠) سنة، أما في كوبا ولأن معدل تعليم الكبار (٩٦%) فأن معدل العمر المتوقع (٧٤) سنة، وفي إيطاليا فان معدل تعليم الكبار (٩٧%) فيكون معدل العمر المتوقع (٧٦) سنة.

- **البيئة الاجتماعية:** إن الدراسات والأبحاث أظهرت إن الأشخاص الذين يتمتعون بعلاقات اجتماعية جيدة يعيشون سنوات عمر أكثر من الذين لهم علاقات اجتماعية قليلة، فضعف العلاقات الاجتماعية يؤدي إلى زيادة معدل الإصابات بأمراض القلب ومضاعفات الحمل والولادة والانتحار.

إن حركة الإنسان وانتقاله من وضع إلى وضع ومن مكان إلى مكان وكذلك درجة اندماجه في المجتمع الذي يعيش فيه تؤثر على سنوات عمره.

ثانياً - المؤثرات الطبية الصحية:

هذه المؤثرات (العوامل) الخمسة: نظام الاتصالات والوضع الاقتصادي والأرصاد الجوية والتعليم والبيئة الاجتماعية، ما هي إلا نماذج وأمثلة، تبين حجم الدور والكيفية التي يتم بها التأثير على عدد سنوات العمر.

هذه العوامل متداخلة، متلاحمة مع العوامل والمؤثرات الصحية ذات التأثير المباشر والقوي والواضح على سنوات العمر، وهنا أيضاً تم اختيار نماذج وأمثلة بشكل عشوائي متباين ليكون الطرح شاملاً متكاملاً يوضح بجلاء التأثير العلمي على معدل سنوات عمر الإنسان.

إن إدراك واستيعاب هذه الحقائق العلمية، ما كان يمكن لها أن تتكامل بكل أبعادها وخصائصها وما كان يمكن للصورة أن تتجانس معانيها إلا ضمن إطار من الطرح العلمي، والوصول إلى هذه الطروحات لا يمكن تحقيقه دون السرد التاريخي للأحداث ومواكبة التطورات والاكتشافات الطبية منذ القدم عندما كان المرض يعتبر عقاب من الآلهة، ومثل هذا الاعتقاد يوضح أسلوب المعالجة الهادفة إلى الحصول على رضا الآلهة بتقديم القرابين والأضاحي والقيام بالطقوس والعبادة.

هنا تعشش الخرافات والخزعبلات والسحر والشعوذة ورغم هذه التوجهات فإن (الطب البدائي) حقق بعض الإنجازات فآلام الأمراض وحدها تكفي لأن تدفع الإنسان للبحث عن أسلوب للخلاص منها.

إن الحضارات البشرية كلها باختلاف - الكم والنوع - شاركت في تطور الممارسات والعلوم الطبية: البابليون والفراعنة والفرس والهندوس واليونان والرومان والعرب لكل كان له دوره وتأثيره.

وقد شكلت أفكار الفيلسوف اليوناني أبقراط، أبو الطب والأطباء منعطفاً هائلاً في مسيرة الإنسان الطبية، لأنها أنكرت مقدرة الإله على الشفاء وعلاقتها بحدوث المرض فهي لا ترسل المرض كما إنها لا تشفيه، وهذه الأفكار خلقت قناعات بان للمرض قواعد بدنية وله أسباب مادية إذا تم إيجادها أمكن السيطرة على المرض.

وفي أوروبا في العصور الوسطى كان لكل مرض قديس خاص به تقدم له الشفاعة حسب المرض: فالقديس بليز متخصص لآلام الحلق، والقديسة برنا ردين لآلام الرئة.. وهكذا. إن التطورات الطبية الصحية، بدأت متزامنة مع حياة الإنسان واستمرت

بتواتر متردد ما بين مد وجزر، إلا أن التطورات المذهلة بدأت في عصر النهضة كقفزات هائلة بدت وكأنها معجزات يصعب تصديقها في حينها.

ومثل هذا الطرح ومثل هذه الأفكار لا يمكن إدراكها والاقتناع بها والتحقق من مصداقيتها، دون تتابع أحداثها التاريخية كفلم سينمائي معقد متداخل لا يمكن فهم نهايته دون المعرفة التامة ببدايته، لأن هذه القفزات هي التي قفزت بمعدل عمر الإنسان البدائي الثمانين سنة بعد أن كان يقدر بـــ (٢٥) سنة.

وفي هذا الفصل سيتم استعراض نماذج صحية من هذه القفزات التي أثرت على سنوات العمر وكان له دور فاعل في إبراز قضية المسنين منها:

- **العمليات الجراحية:** تمكن الإنسان من إجراء العمليات الجراحية بأمان عندما اكتشف التخدير فأزال آلام العمليات وعندما اكتشف التعقيم أزال تلوث العمليات.

والعمليات الجراحية من أهم الوسائل التي يتم من خلالها إنقاذ أرواح البشر إذ لولاها كيف يكون مصير الناس الذين لا يمكن معالجتهم إلا بالطرق الجراحية؟.

- **الجراثيم:** خطوات متتالية.. متعاقبة عبر سنوات طوال مكّنت الإنسان من اكتشاف عالم كبير جداً.. واسع جداً مليء بالألغاز والأسرار.. هي عالم الجراثيم تلك الكائنات الحية الدقيقة التي تسبب الأمراض للإنسان وتقضي على الملايين من البشر، والمذهل لإنسان تلك الحقبة هو كيف لطاقاته العقلية - آنذاك - أن تستوعب أن كائنات حية دقيقة متناهية في الصغر لا تشاهد بالعين المجردة يمكن لها أن تسبب لهذا الإنسان الضخم - نسبياً - العديد والكثير من الأمراض الفتاكة القاتلة.

وهكذا عرف الإنسان أن الجراثيم تسبب الأمراض، وبدء يتعامل معها بما يقيه شرها ويتجنب أخطارها ويعالج أمراضها.

- **المضادات الحيوية:** إن معرفة الإنسان بأن الجراثيم تسبب له المرض دفعته للبحث عن وسيلة يحارب بها هذه الجيوش المقاتلة.. المهاجمة دائماً، فاكتشف المضادات الحيوية وعلى رأسها البنسلين والسلفا والتي بدأت تقضي على كثير جداً من مسببات الأمراض التي أخذت بالتراجع والتقلص وحتى بالتلاشي في بعض المجتمعات كما حدث مع بعضها كالسل والجدري.
- **التحصين:** إن التحصين (التطعيم) يعتبر أفضل نموذج للمثل القائل: (درهم وقاية خير من قنطار علاج).

فالجدري، الحصبة، شلل الأطفال، السعال الديكي، الكزاز، الخناق (الدفتيريا)، أمثلة لأوبئة كانت تقضي على الملايين من البشر فأمكن بالتطعيم وقاية الملايين من الإصابة بتلك الأمراض وإنقاذ حياتهم من موت محتم.

والتطعيم كان أداة هجوم وديعة وسهلة ولكنها نافذة وحاسمة استطاعت إجبار العديد من الأوبئة على التراجع وحتى على التلاشي كلياً سواء على مستوى العالم كما حدث مع الجدري أو على مستوى بعض المجتمعات وخاصة المتقدمة كما حدث مع الحصبة وشلل الأطفال والدفتيريا.

- **نقل الدم:** سنوات طويلة وجهود مضنية وتفكيرات متعبة بذلها الإنسان حتى تمكن من استكمال وإتمام عمليات نقل الدم بشكلها الحالي الذي يبدو وكأنه أمر بسيط سهل ومتوفر وحق للجميع، حيث أمكن بواسطتها إنقاذ أرواح ملايين من البشر أضافت إلى هذا المادة الحيوية الحساسة والتي لولاها لما تم إنقاذ الحياة، وهذا يوضح كيفية تأثيرها على سنوات العمر كغيرها من المؤثرات الأخرى.
- **ناقلات المرض:** إن الحشرات التي تنقل المرض خفيفة بسيطة هي الآن، أما في السابق عندما تم اكتشافها كانت أمراً مذهلاً عجيباً.

هذه المعرفة مكّنت الإنسان من السيطرة على احتياجات أوبئة خطيرة جداً فتاكة جداً ومنتشرة جداً كالملاريا والحمى الصفراء والطاعون والحمي الراجعة والتفيوس ومرض النوم وعمى النهر.

الناقلات كالحشرات تنقل المرض، إذن القضاء على الناقلات يمنع حصول المرض، معادلة في منتهى البساطة دفعت العقل البشري للبحث عن وسائل لمقاومة ومحاربة هذه الكائنات فكانت المبيدات الحشرية وعلى رأسها ألـ (د.د.ت) التي قضت على ناقلات المرض فانقدت حياة الملايين من البشر.

- **أشعة رونتجن:** الصدفة البحتة وحدها أدت إلى هذا الاكتشاف المذهل والذي يعتبر وسيلة رائعة لها دور هام في تشخيص الأمراض وفي معالجتها.
- **الأنسولين:** مصير وحياة ملايين البشر في كل أرجاء المعمورة مرتبط بهذه المادة الهرمونية والتي تمثل نموذجاً للمنتجات الهرمونية المستعملة في معالجة الكثير من الأمراض.
- **التكامل:** إن كل واحد من المؤثرات السابقة الذكر الصحية وغير الصحية يمثل أحد العوامل الرئيسية التي لها دور بارز في التأثير على معدل سنوات العمر

وكل واحد من تلك العوامل الرئيسية يضم عوامل صغيرة وهذه بدورها تضم عوامل أصغر.. وهكذا.

وهنا لابد من التأكيد أن لكل عامل مهما بدا متواضعاً وبسيطاً دور يؤثر في تحديد معدل سنوات العمر ولو بمقدار محدود من الدقائق، فالإبرة – السرنجة – نموذج صغير متواضع بسيط للتطور الطبي الذي شارك مع النماذج الضخمة في ارتقاء نوعية الحياة والصحة والعمر.

والإبرة بسيطة متواضعة في شكلها وصنعها واستعمالها أنها تشكل في عالم الطب وسيلة (نقل) لمواد تقتضي حالة المريض توصيلها إليه وفي الحالات الحساسة التي يكون للدقائق تأثير مصيري فإن زرق الإبرة في العرق يعتبر أسلوب مثالي لإنقاذ الحياة ورفع الخطر عن الإنسان المهدد بالموت.

الدائرة السلوكية:

إن هذا الطرح العلمي المتدرج المقرون بأهم الأحداث التاريخية المتسلسلة يهدف إلى توفير الأرضية العملية الصالحة لتنافي الإدراك والاستيعاب وخلق القناعة المنطقية نحو الشيخوخة كقضية بشرية ناجحة عن ممارسات وظروف وأوضاع يمكن – إلى حد بعيد – ضبطها والتحكم بها.

هذه القناعة العملية أبعادها وخلفياتها وتطلعاتها هي والوسيلة الوحيدة للتعامل مع قضية المسنين بهدف الوصول إلى أفضل الحلول وأفضل الإنجازات من خلال التعامل الإيجابي مع العوامل المرتبطة بها والتي تؤثر على وجودها سواء كانت عوامل صحية أو غير صحية.

هل تختلف أمراض المسنين عن المسنات؟

النساء المسنات أكثر عرضة للإصابة بتخلخل (هشاشة) العظام ومرض السكري وارتفاع ضغط الدم والتهاب المفاصل، وكثيراً ما يؤدي ذلك إلى نقص الحركة عند المسنات، وتقول تقارير منظمة الصحة العالمية إن الرجال أكثر تعرضا للإصابة بأمراض القلب والدماغ، وهي أمراض تتعرض لها النساء أيضاً، وعلى الرغم من أن النساء أطول عمراً، إلا أن متاعبهم الصحية قد تكون أكثر.

الفصل الثالث

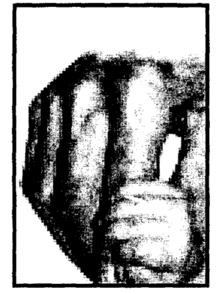
الشيخوخة بين القرآن والسنة والعلم الحديث

يمر جسم الإنسان في حياته الدنيا بأطوار مختلفة من أطوار الخلق فهو يخرج من بطن أمه طفلاً... لا يعلم شيئاً من أمر الدنيا... ثم ينمو جسمه شيئاً فشيئاً وتبدأ حواسه في العمل... فذلك قول الله عز وجل: ﴿وَاللَّهُ أَخْرَجَكُم مِّن بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ﴾ (النحل:٧٨).

ثم يكبر الجسم ويصير الإنسان شاباً قوياً، ثم يصير كهلاً... ويمضي به الزمن - إن طال به العمر - إلى آخر طور من أطوار خلق جسم الإنسان في الدنيا، وهو طور الشيخوخة.

وفي طور الشيخوخة يضعف الجسم شيئاً فشيئاً وتهاجمه الأمراض البدنية المختلفة في كل مكان... فيضعف من بعد قوة... وإذا امتدت الشيخوخة... وصل الجسم إلى مرحلة الشيخوخة المتأخرة التي هي أشد وطأة على الجسم والنفس معاً.. وأكثر ألماً وضعفاً وأكثر عجزاً... ذلك إن عوامل الهرم في الجسم تصير أكثر من عوامل البناء ويصاحب ذلك تغيرات بيولوجية في خلايا الجسم تقلل من كفاءتها كثيراً.. لذلك، ما أن تدب الشيخوخة في الجسم حتى يصاحبها الشعور بالضعف ويتحول الجسم إلى مرعى خصيب لكثير من العلل والأمراض التي ربما تطول إقامتها فيه وقد لا تبرحه قط فالجسم في الطفولة يكون ضعيفاً، لذلك يعتمد الإنسان في طور الطفولة على غيره في القيام بشؤونه... ثم هو يكبر ويصير شاباً قوياً يساعد الآخرين... ثم كهلاً فيه بقية من قوة تساعده على القيام بشؤونه كلها وشؤون غيره أيضاً.. أما بعد ذلك فيدخل في طور الشيخوخة... وهي مرحلة الضعف التدريجي الذي يضطر الإنسان لها إلى الاعتماد على مساعدة غيره في القيام بشؤون نفسه.. ويصير مرة أخرى ضعيفاً كما كان في طور الطفولة فالإنسان يخرج من بطن أمه لا يعلم شيئاً.. وعندما يدخل في طور الشيخوخة المتأخرة يدخل في طور من الخلق لا يعلم فيه شيئاً كما قال الله عز وجل: ﴿يُرَدُّ إِلَىٰ أَرْذَلِ الْعُمُرِ لِكَيْلَا يَعْلَمَ مِن بَعْدِ عِلْمٍ شَيْئًا﴾ (الحج: من الآية٥).

إنها دورة الحياة وأطوارها التي يمر بها جسم الإنسان إذا امتد به العمر... ضعف ثم قوة ثم ضعف وشيبة... وهذا يذكرنا بقول الله عز وجل: ﴿اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ﴾(الروم:٥٤).



ذكر حقيقة اختلاف أطوار خلق جسم الإنسان،ليستدل بها القارئ على الخلقة الإلهية وعلى علم الله وقدرته ذلك مقصد الآية بالقول: ﴿يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ﴾.

ولماذا قدم المشيئة على العلم وقدم العلم على القدرة؟ لأن المشيئة سابقة على الخلق ... وعلم الله عز وجل أظهر لنا من القدرة.. لأن علم الله تعالى حاصل وظاهر في كل طور من أطوار الخلق... وفي هذا تبشير وإنذاراً له... فالله تعالى ينبه إلى أنه عالم بالإنسان في كل أحواله.. وهو قادر بعد ذلك على الثواب والعقاب، لذلك ذكر العلم بأطوار خلق الإنسان قبل ذكر القدرة عليه فقال تعالى: ﴿اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ﴾(الروم:٥٤). لأن المشيئة أزلية... ثم إن القدرة في الخلق مؤسسة على العلم.

وذكرت الحقيقة العلمية عن أطوار الشيخوخة ﴿ وَمِنكُم مَّن يُرَدُّ إِلَىٰ أَرْذَلِ الْعُمُرِ لِكَيْلَا يَعْلَمَ مِن بَعْدِ عِلْمٍ شَيْئًا ﴾(الحج: من الآية٥) بنفس الكلمات والحروف في سورتي النحل والحج وإذا كان هناك تكرار في الكلمات فليس هناك تكرار في المعنى... وهذه قاعدة عامة في القرآن العظيم كله نزلت أولاً في مكة المكرمة في سورة النحل في قوله تعالى: ﴿وَاللَّهُ خَلَقَكُمْ ثُمَّ يَتَوَفَّاكُمْ وَمِنكُم مَّن يُرَدُّ إِلَىٰ أَرْذَلِ الْعُمُرِ لِكَيْ لَا يَعْلَمَ بَعْدَ عِلْمٍ شَيْئًا إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ قَدِيرٌ﴾ (النحل: ٧٠)، إنها حقائق علمية ثابتة ساقها دليلاً واضحاً على علم الله في خلقه وقدرته في ملكوته.

وبعد ذلك ذكر هذه الحقيقة العلمية، لتكون دليلاً على حقيقة أخرى غيبية، هي حقيقة البعث بعد الموت، وذلك في سورة الحج، قال الله عز وجل: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِن كُنتُمْ فِي رَيْبٍ مِّنَ الْبَعْثِ فَإِنَّا خَلَقْنَاكُم مِّن تُرَابٍ ثُمَّ مِن نُّطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ مِن مُّضْغَةٍ مُّخَلَّقَةٍ وَغَيْرِ مُخَلَّقَةٍ لِّنُبَيِّنَ لَكُمْ وَنُقِرُّ فِي الْأَرْحَامِ مَا نَشَاءُ إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلًا ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشُدَّكُمْ وَمِنكُم مَّن يُتَوَفَّىٰ وَمِنكُم مَّن يُرَدُّ إِلَىٰ أَرْذَلِ الْعُمُرِ لِكَيْلَا يَعْلَمَ مِن بَعْدِ عِلْمٍ شَيْئًا﴾(الحج:٥).

لقد ذكرت سورتا النحل والحج أطوار خلق الإنسان فبعد الإجمال في سورة النحل نزل التفصيل في سورة الحج، وأرذل العمر مرحلة لا يتمناها أحد لنفسه أبداً لذلك علمتنا سنة رسول ﷺ أن نستعيذ من الله منها فقد روى البخاري: أن سيدنا رسول الله ﷺ كان يدعو ربه فيقول: (اللهم إني أعوذ بك من الجبن وأعوذ بك من أن أرد إلى أرذل العمر وأعوذ بك من فتنة الدنيا وأعوذ بك من عذاب القبر).

الشيخوخة.. تنكيس في الخلق:

قال الله تعالى: ﴿وَمَن نُّعَمِّرْهُ نُنَكِّسْهُ فِي الْخَلْقِ أَفَلَا يَعْقِلُونَ﴾(يس ٦٨)، أخبر المولى سبحانه وتعالى في هذه الآية الكريمة أن من طال عمره تنكس في خلقه أي: انقلب حاله وارتدت قواه وتراجعت قدراته متجهة نحو الضعف والوهن وصار كمن انتكس وانقلب رأساً على عقب، ويكشف هذا الوصف الدقيق العلم بحالة عامة من التدهور والارتداد تتسع لتشمل كافة التغيرات الظاهرة والخفية وذلك لاستيعاب لفظ (الْخَلق) لكافة التركيبات والأنشطة البدنية.

ومنذ نزول القرآن الكريم في القرن السابع الميلادي إلى عقود قليلة لم يكن معروفاً سوى التغيرات الظاهرة في الهيئة، ومع توفر التقنيات وتقدم الدراسات لم تخرج التغيرات الخفية المكتشفة حديثاً عن الوصف الجامع ﴿وَمَن نُّعَمِّرْهُ نُنَكِّسْهُ فِي الْخَلْقِ أَفَلَا يَعْقِلُونَ﴾ وينسجم هذا الوصف المطابق للواقع مع نظائر عديدة تتعلق بوصف مراحل العمر عامة أو مرحلة الشيخوخة خاصة، وبهذا يكشف القرآن العلم بخفايا التكوين في بيان معجز لا يعارض الحقائق الخفية ولا يصدم المعارف السائدة منذ التنزيل.

مجمل أقوال علماء اللغة والتفسير:

قال ابن منظور: (النكس: قلب الشيء على رأسه)[1] والمقام يتعلق بوصف الحالة في أواخر العمر بعد بلوغ غاية الكفاءة في مرحلة الشباب، ولذا التعبير بفعل (النكس) في الآية الكريمة يعني انقلاب الحال في الخلق، وقد ورد فعل (النكس) في قوله تعالى: ﴿ثُمَّ نُكِسُوا عَلَى رُؤُوسِهِمْ﴾(الأنبياء: من الآية٦٥)، وذلك في بيان حال قوم النبي إبراهيم – عليه السلام – عندما عادوا للإعراض بعدما غلبتهم حجته، قال الشوكاني: (أي رجعوا إلى جهلهم وعنادهم فشبَّه سبحانه عودهم إلى الباطل بصيرورة أسفل الشيء أعلاه)[2].

وكذلك قوله تعالى: ﴿وَمَن نُّعَمِّرْهُ نُنَكِّسْهُ فِي الْخَلْقِ أَفَلَا يَعْقِلُونَ﴾، قال الألوسي: (فيه تشبيه)[3] أي تشبيه انقلاب حال من بلغ الشيخوخة بقلب الشيء على رأسه، قال ابن منظور:(فصار بدل القوة ضعفًا وبدل الشباب هَرَمًا)[4] وقال أبو السعود: (فلا يزال يتزايد ضعفه وتتناقص قوته وتنتقص بنيته ويتغير شكله وصورته حتى يعود إلى حالة شبيهة بحال الصبي في ضعف الجسد وقلة العقل والخلو عن الفهم والإدراك)[5].

---

(١) لسان العرب ج٦ ص٢٤٣.

(٢) فتح القدير للشوكاني ج٣ص٤١٤.

(٣) روح المعاني ج٢٣ص٤٦.

(٤) لسان العرب ج٦ص٢٤٢.

(٥) أبي السعود ج٧ص١٧٧.

وقال البغوي: (أي نُضعِف جوارحه بعد قوتها ونَرُدُّها إلى نقصانها بعد زيادتها)[1] ولفظ (الخلق) هنا تعبير عن البنية والجوارح أو الخلقة، قال ابن كثير: (هو الضعف في الخلقة)[2] لأن (الخلق يستعمل بمعنى المخلوق)[3].

وفي لغة العرب التي نزل بها القرآن أن يسمى المفعول باسم المصدر فيسمى المخلوق خلقًا لقوله: ﴿هَٰذَا خَلْقُ اللَّهِ﴾[4]﴿ والله بَدَأَ الْخَلْقَ﴾.. والمبدوء الشيء المخلوق وهذا نظير قوله تعالى: ﴿اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُم مِّن ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِن بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِن بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ﴾(الروم:٥٤)، قال ابن كثير: (والمراد من هذا الإخبار عن الضعف والكبر ودلائله الظاهرة والباطنة)[5] وأكد ابن كثير في موضع آخر على اشتمال النص الكريم الدلالة على تغيرات باطنة للشيخوخة بالإضافة إلى التغيرات الظاهرة، فقال: (تتغير الصفات الظاهرة والباطنة)[6] ورجح الألوسي اختلاف زمان ابتداء تغيرات الشيخوخة، وعبارته هي: (والحق أن زمان ابتداء الضعف وانتقاص البنية مختلف لاختلاف الأمزجة والعوارض)[7].

الرصد العلمي- (أولاً) التعريف:

الشيخوخة Senescence: حالة متدرجة لا مفر منها من التدهور والانهيار Deterioratio Decline تصيب كافة الأجهزة والأعضاء والأنسجة والخلايا فتضعف قدرتها على التكيف والحفاظ على التوازن عند التعرض للضغوط، ويمر بها كل كائن حي عند الهرَم Aging وفقًا لنوعه في طول الأجل Longevity إذا لم تعجل بموته عوارض بيئية أو أمراض، ولذا فالنظرة الحديثة أنها حالة تدمير

---

(١) البغوي ج٤ص١٨.

(٢) ابن كثير ج٢ص ٥٧٧.

(٣) الروح ج١ص١٥١.

(٤) دقائق التفسير ١ ٣٢٥.

(٥) العين ج٨ ص٨٣.

(٦) ابن كثير ج٣ ص١١٢.

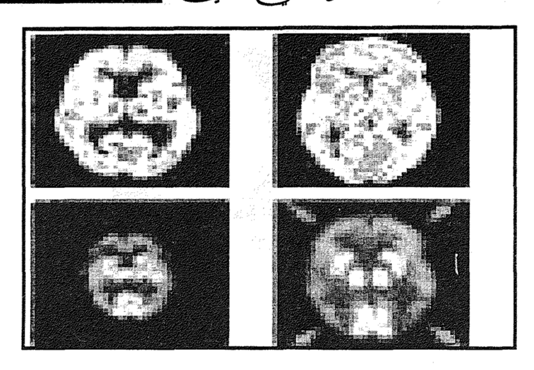
(٧) ابن كثير ج٣ ص٤٤٠.

ذاتي مبرمج Phenoptosis يفسح المجال لأجيال جديدة وأنماط تحافظ على استمرار الحياة وتنوعها، والشيخوخة ليست حالة مرضية وإنما هي مرحلة تكثر فيها الأمراض وحينئذ تصبح شيخوخة مَرَضية Senility وتفاصيل ذلك يعتني بها علم جديد اسمه علم الشيخوخة Gerontology.

مظاهر التدهور والارتداد:

الجهاز العصبي: وجد إحصائياً أن الجسم البشري يحتوي على حوالي ٦٠ ترليون (مليون مليون) خلية وأن حوالي ٨٠% منها يتجدد ويستبدل في حوالي ثلاثة أشهر، وتختلف الخلايا كثيراً في قدرة التجددRenewal Capacity، ففي جانب لا يحدث تجدد في الخلايا العصبية، وفي الجانب الآخر يكون على أشده في نخاع العظام الباني لخلايا الدم وفي الطبقة السطحية للجلد وكذلك في الطبقة الداخلية المبطنة للأمعاء، وإذا أصيبت خلية عصبية وماتت لا تعوض، ولذا يقل عدد خلايا المخ بالتدريج وتقل الليفات العصبية كلما تقدم العمر، فمثلاً تقل ليفات العصب البصري حوالي ٢٥% في سن التسعين مقارنة بعددها عند الولادة، ونتيجة لتحلل الليفات العصبية قد تتراكم مادة بين الخلايا العصبية خاصة في منطقة الناصية تسمى لطع الشيخوخة Senile Plaques.

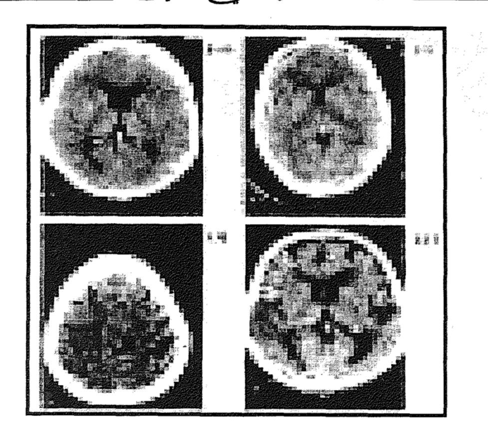
وبعد الأربعين تتآكل بعض خلايا المخ ويتناقص حجمه وتتوسع التجاويف بداخله، وفي الستينيات والسبعينيات يزداد ضموراً، وكلما تقدم العمر يقل عدد المستقبلات المختصة بالانتفاع بالسكر، وتكثر الشكوى من الاضطراب في النوم والتغير في المزاج Mood وتضعف الذاكرة قصيرة الأمد ويصعب اكتساب معرفة في مجال مهني جديد، وتتأخر الاستجابة للمؤثرات، وقد يستطيع المخ الحفاظ على التوازن في الظروف غير المرضية لأن الاحتياطي المدخر من الخلايا كبير، ولكنه قد يفقد توازنه خاصة مع نقص كمية الأوكسجين الواردة نتيجة لتصلب الشرايين.



شكل يوضح استهلاك السكر (اللون الأحمر والأصفر) طبيعي في الشخص البالغ: (أ) أقل في مرض الذهان البسيط (ب) وبالغ النقص في الذهان المتقدم (ج) و(د) يماثل تماماً حالة الرضيع.

وفي الشيخوخة تكثر الإصابة بالأمراض خاصة خرف الشيخوخة Senile dementia المصاحب لمرض الذهان Alzheimer، وهو مرض مجهول السبب تتآكل فيه خلايا المخ ويزداد ضموره وتتأثر الذاكرة كثيراً ويفقد المريض الكفاءة المهنية والمهارات اللغوية والحكم الصحيح ويذهل عن المكان والزمان وتتغير شخصيته، بالإضافة إلى إصابته بالخرف والاكتئاب أو الهيجان والهوس وتسلط الوساوس والمخاوف، وتظهر الأعراض بالتدريج وتكثر بعد الخامسة والسبعين.

الحواس: تنقص كفاءة الحواس جميعاً: السمع والبصر واللمس والشم والتذوق، وقد لوحظ بعد سن الخمسين تراجع بطيء في القدرة على إدراك الموجات الصوتية ذات الترددات العالية، وهذا قد يخل بحدة السمع وقدرة تمييز الأصوات المتداخلة والتعرف على الأشخاص من أصواتهم.



شكل يوضح: (أ) المخ طبيعي من ٢٠ إلى ٤٠ سنة، (ب) بداية الضمور وتوسع التجاويف من ٤٠ إلى ٦٠ سنة، (ج) الضمور واضح بعد ٨٠ سنة، (د) بالغ في مرض الذهان.

وقد يقل التأثر لاحقاً بالموجات ذات التردد المنخفض كذلك فيضعف جهاز السمع، وتقل سرعة التأقلم عند الانتقال إلى الأماكن المظلمة وتقل الرؤية الليلية وتقل سعة بؤبؤ العين Pupil ولذا قد يميل كبار السن إلى الإضاءة القوية، وتضعف مرونة عدسة العين ولذا يغلب استعمال النظارات كلما تقدم العمر.

وفي دراسة إحصائية لمجموعة تجاوزت سن الخامسة والستين مقارنة بمجموعة أخرى في العقدين الثالث والرابع وجد أن نسبة الإصابة بالعمى قد تضاعفت في المجموعة الأولى الأكبر سناً حوالي ١٧ مرة، وإن نسبة الإصابة بالصمم قد تضاعفت حوالي ١١٠ مرات، وبعد سن السبعين يقل عدد خلايا التذوق في اللسان ولذا يضعف التذوق وتقل المتعة بالطعام.

الغدد الصماء: تقل استجابة المستقبلات الخلوية للهرمونات، وينقص هرمون النمو Growth hormone عادة بعد حوالي ٢١ سنة، وبالمثل ينقص الهرمون منظم

النوم Melatonin فتقل فترات النوم وهو عادة يزيد إفرازه ليلاً ويبدأ في النقص مع بزوغ الفجر، ويزيد إفراز الهرمون منظم الكالسيوم Parathyroid hormone ليحافظ عليه باستجلاب المزيد من العظام ومنع فقده في الكلية، ويزيد إفراز الهرمون مثبط إدرار الكلية Anti-diuretic hormone، وفي الإناث يقل إفراز هرمون الأنوثة Estrogen من المبيض عند انقطاع الحيض، ويحاول الجسم الحفاظ على التوازن بزيادة إفراز الهرمونات المحرضة للمبيض من الغدة النخامية في الدماغ، وربما تصل مستويات تلك المحرضات عند سن الستين حوالي أربعة أمثالها عند سن الخصوبة، ويزداد معها الهرمون المحرض للثدي لإفراز اللبن Prolactin.

جهاز المناعة: يتأثر جهاز المناعة Immune system فتقل القدرة على مقاومة الأمراض، وقد ينجو ابن العشرين سنة من التهاب رئوي Pneumonia بينما قد لا ينجو ابن الستين، وتزداد نسبة الإصابة بالعدوى والسرطان.

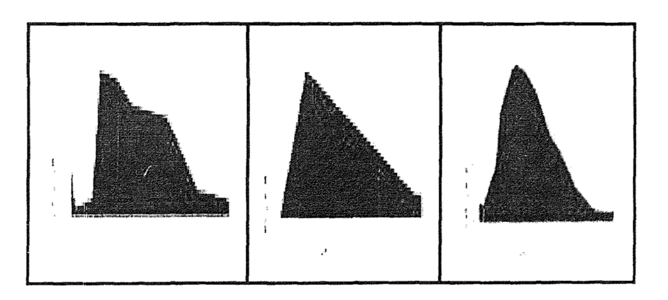
ومن أعراض اضطراب جهاز المناعة مهاجمة أنسجة الجسم حيث يعتبرها غريبة لعدم قدرته على تمييزها، فتنشأ مجموعة أمراض فقد التمييز المناعي للذات Auto immune diseases، فيهاجم مثلاً خلايا البنكرياس المنتجة للأنسولين المتعلق بتنظيم العمليات المختصة بالسكر مما ينتج عنه مرض البول السكري Diabetes Mellitus

الجهاز الدوري: يزداد معدل الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، وهي السبب الأهم للوفيات بعد الخامسة والستين، ومن التغيرات تلف واندثار بعض الخلايا العضلية للقلب وتراكم الدهون والنسيج الليفي.

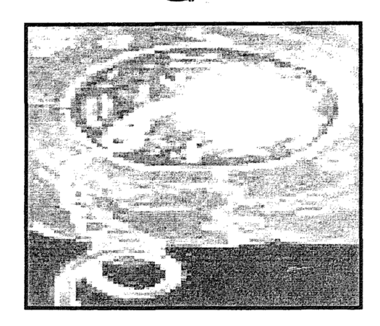
وقد لوحظ في الإنسان وعدد من الأحياء تراكم حبيبات دهنية بروتينية Lipofuscin في الألياف العضلية للقلب وكذلك في النسيج العصبي كلما تقدم العمر ولذا سميت بصبغ العمر Age pigment، وتبدأ ملاحظتها بصعوبة في الإنسان عند سن العشرين ثم يتزايد عددها داخل الليفة العضلية للقلب لدرجة أنها تحتل حوالي (٥-١٠)% منها عند سن الثمانين، وتقل كفاءة القلب في ضخ الدم عند الهرم حيث تنقص كمية الدم المدفوعة عند سن التسعين مقارنة بابن العشرين، وتقل سرعة الانقباض.

والسبب قلة فاعلية بعض الإنزيمات الخلوية المختصة بإنتاج الطاقة، علماً بأنه إذا لم يتعرض القلب لضغوط وإجهاد فقد لا يدرك أثر تلك التغيرات، وتزداد نسبة الإصابة بمرض تصلب الشرايين Arteriosclerosis حيث تفقد مرونتها وتزداد قسوتها وسماكة جدرانها ومحتواها من النسيج الضام، ولذا فقد يرتفع ضغط الدم وغالباً ما تكون الزيادة في الحد الأعلى الانقباضي أكثر من الحد الأدنى الانبساطي.

وقد تحدث ترسبات على الجدران من نسيج ليفي بالإضافة إلى الكولسترول والكالسيوم مما قد يعيق مرور الدم ويؤدي إلى الاختناقات وحدوث الجلطات وتلف أنسجة حيوية مما قد يقضي على المصاب.



العظام: يتناقص كالسيوم العظام بالتدريج وهو المادة التي تكسب العظام صلابتها ولذا تزداد هشاشتها ويسهل تعرضها للكسر بأقل الصدمات، ويبدأ تناقص الكالسيوم عادة قبيل الأربعين، وتتأثر الإناث أكثر من الذكور خاصة بعد انقطاع الحيض، ويصبح التئام الكسور بطيئاً، وتزداد الشكوى من آلام أسفل الظهر.



في داخل نواة كل خلية يوجد سجل بالخصائص الجسدية وعداد للأجل يفسح المجال لعوامل الهدم عند الشيخوخة.

ويرى البعض أن النقص الزائد للكالسيوم مقدمة لمرض وهن العظام Osteoporosis، وباستعمال الأشعة السينية وجد أن حوالي ٤٠ - ٥٠% من حالات الشيخوخة مصابون بتغيرات وهن العظام في الأقدام أكثر من الأيدي، وتنقص مادة العظام كذلك، وتقل مرونة المفاصل نتيجة لإصابة الغضاريف، ويزداد معدل الإصابة بالتهابات المفاصل Arthritis، ونتيجة للتغيرات في نسيج العظام قد يقل سُمك الفقرات فيقل طول الإنسان، وقد يصاب الجسم بتقوس الظهر Kyphosis نتيجة لإصابة الفقرات والضعف العام.

العضلات: تزداد نسبة كتلة النسيج الدهني والليفي كلما تقدم العمر وتقل نسبة كتلة النسيج العضلي خاصة مع قلة الحركة والتمرين، وتبلغ العضلات أوج قوتها عند ٢٠ - ٢٥ سنة وتستمر إلى سن ٣٥ - ٤٠ ثم تبدأ في الضعف تدريجياً ويتناقص عدد الوصلات العصبية العضلية، وتصل العضلات عند سن ٦٥ إلى حوالي ٧٥% من قوتها في العشرينيات، وغالباً ما يعتزل الرياضيون قبل بلوغ الأربعين.

الجهاز التنفسي: تقل الكفاءة Vital capacity حوالي ٤٠% عند سن ٨٠ بالنسبة لسن ٢٠، وتقدر الكفاءة بقياس أكبر زفير بعد أقصى شهيق.

الجهاز الهضمي: ينقص إفراز الهرمونات في الجهاز الهضمي وينقص إفراز حامض المعدة كما ينقص امتصاص الدهون خاصة، وتزداد نسبة المعاناة من الإمساك نتيجة قلة النشاط وقلة المواد الليفية في الطعام وربما أيضاً لتساقط الأسنان وما يصاحبه من صعوبة المضغ.

الجهاز البولي: تقل كفاءة الإنزيمات الخلوية في الكلية وتفقد بعض الوحدات الكلوية Nephrones ومن ثم تقل كفاءة الكلية.

الجهاز التناسلي: بينما يقل هرمون الأنوثة كثيراً في الإناث عقب انقطاع الحيض Menopause يقل هرمون الذكورة في الذكور ببطء في فترة ممتدة من حوالي سن الخمسين إلى التسعين، ولذا لا يوجد غالباً عند الذكر ما يسمى بسن اليأس Climacteric وذلك نتيجة لحفاظه على الخصوبة، ولكن نشاطه يضعف تدريجياً وتكثر الشكوى من العِنّة Impotence.

وقد وجد أن النشاط الجنسي في سن العشرين أكبر بحوالي أربع مرات مقارنة بسن الستين، وبينما لا تملك الأنثى فائض خصوبة ورصيدها لا يتجاوز يوماً في كل دورة شهرية هو يوم التبويض الذي ينقطع بانقطاع الحيض فإن خصوبة الذكر ممتدة وفائضها كبير، فمعدل النشاط المثمر لابن الستين مثلاً قد
يصل إلى أربع مرات شهرياً.

الجلد: لوحظ أن أكثر من ثلث المتجاوزين سن الخامسة والستين يعانون من مشكلات جلدية، مثل الإصابة بالجفاف والالتهابات والفطريات والأورام، وتزداد قابلية الجلد للتأثر بأشعة الشمس المباشرة، ونتيجة للتغيرات في الأنسجة الضامة في الجلد تظهر التجعدات Wrinkles، وقد تظهر بقع داكنة في المناطق المعرضة لأشعة الشمس تسمى بقع الشيخوخة Senile Keratosis وهي تنتج عن تسارع في نشاط الخلايا المنتجة للطبقة القرنية.

وفي بعض النسوة قد يظهر تشعر المناطق الذكرية Hirsutism كالشارب والذقن، وتتوقف تدريجياً وظيفة الخلايا الملونة للشعر Melanocytes قبل أن تتوقف بسنوات وظيفة خلايا البصيلات المسؤولة عن إنتاج الشعر Hair follicles، ولذا

يتغير لون الشعر ويصبح أقل سمكاً وغزارة قبل سقوطه نهائياً في بعض المناطق، وينقص نشاط الغدد العرقية والغدد الدهنية المجاورة للشعر، ويصبح الجلد رقيقاً وجافاً وتقل مرونته، وتحتاج الجروح إلى وقت أطول لكي تلتئم.

تغيرات في الأنسجة والخلايا والعمليات الحيوية: تحدث تغيرات على مستوى الخلايا والأنسجة، فيقل إنتاج المواد الفعالة وبعض الإنزيمات داخل الخلايا لذلك قد تصبح أقل فاعلية أو تقل الاستجابة لها، وقد تتراكم بعض المواد المتحللة الغريبة داخل الخلايا وفي الأنسجة، ومنها مادة بروتينية متحللة Amyloid substance تنتج غالباً عن إصابة جهاز المناعة بفقدان قدرة التمييز ومهاجمته لخلايا الجسم.

وفي النسيج الضام توجد فتيلات مجهرية رابطة Collagen تتشعب مع مرور الزمن وتزداد تفرعاتها الجانبية فتصبح أكثر قسوة، وتتكسر الفتيلات المرنة Elastin فيفقد النسيج مرونته بالتدريج مثلما يحدث في جدران الأوعية الدموية حالة الإصابة بتصلب الشرايين.

وفي النصف الأول من العمر يكون معدل عمليات البناء Anabolism أعلى، أما في النصف الثاني فيقل معدل نشاط العمليات الحيوية Metabolism ويكون معدل الهدم Catabolism أعلى، كما تتجه القدرات البدنية والعقلية في النصف الأول من العمر نحو الزيادة بينما تتجه في النصف الثاني نحو التدهور والنقص.

الأسباب:

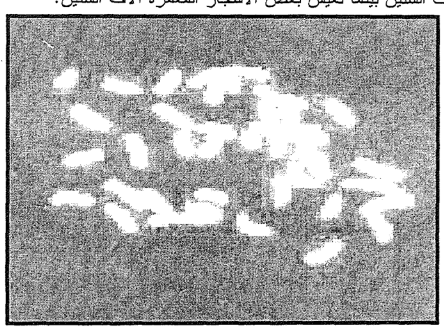
يرى أكثر العلماء أن الشيخوخة ظاهرة في غاية التنظيم وترجع أساساً إلى برنامج وراثي موحد لكل نوع من الأحياء تنفذه المورثات (الجينات Genes) ومن الجائز وجود عوامل داخلية أو بيئية تدفع المورثات لإحداث التغيير، وقد تقوم بعض العوامل بتعجيل ظهور العوارض كالأمراض المزمنة مثل البول السكري أو ارتفاع ضغط الدم.

ويرى البعض أن الشيخوخة حصيلة عوامل تخريبية تصيب الجسم مع الزمن كالإشعاعات ووقوع الطفرات Mutations وتراكم المواد المؤكسدة Oxidizing agents الناتجة عن الطعام، ويرى آخرون أنها نتيجة لاستهلاك الأعضاء مثلما تبلى وتتمزق الملابس بالاستخدام Wear & Tear، وتشارك الغدة النخامية – الواقعة تحت

سيطرة منطقة تحت المهاد Hypothalamus في المخ - بإنقاص إفراز هرمون النمو والهرمونات الجنسية، وأما التغيرات الإنزيمية والمناعية والترسبات داخل الخلايا فالأغلب أنها نتيجة وليست سبباً.

وتميل الدراسات الإحصائية إلى تأييد الجانب الوراثي كسبب رئيس للشيخوخة، حيث وجد أن التوائم المتماثلة ذوي البرنامج الوراثي الموحد تميل للتماثل كذلك في طول العمر، ويميل أبناء الوالدين طويلي العمر للعيش عمراً أطول من أبناء الوالدين ذوي العمر الأقصر.

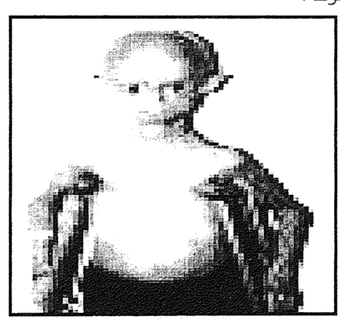
وكذلك يتميز كل نوع من الكائنات الحية بحد مقرر ثابت لطول الأجل Longevity أو مدى الحياة Life span وفق برنامج وراثي موحد، ويصل عمر بعض الفراشات يوماً، وبعض الديدان أسبوعين، وتبلغ ذبابة الفاكهة ٣٠ - ٤٠ يوماً، وتعيش بعض الفئران عامين، ويعيش الأرنب حوالي اثنتي عشرة سنة، والقط عشرين، ويزيد الكلب قليلاً عن الثلاثين، وقد يصل عمر الخفاش إلى حوالي خمسين سنة، ويبلغ الفيل دون الستين، ونادراً ما يتجاوز عمر الإنسان مئة سنة، وأما بعض السلاحف فتعيش مئات السنين بينما تعيش بعض الأشجار المعمرة آلاف السنين.



صورة بالصبغة للفتائل الوراثية (الكروموسومات) وعلى طرفي كل منها عداد الأجل باللون الأحمر.

وهناك مرض عجيب شبيه المظاهر يدعى الشيخوخة المبكرة Progeria، ويحدث النوع النادر منه في الطفولة ويظهر فيه ابن الخمس سنوات كما لو كان ابن الستين، ومع قصر القامة يشيب شعر رأسه ويتساقط مبكراً وتظهر الأوعية الدموية غليظة تحت جلد رقيق للرأس، ويصاب بحدود سن العاشرة بأمراض القلب والأوعية الدموية ويموت غالباً عند سن الثالثة عشرة ولا يبلغ الثلاثين.

ويوجد نوع آخر غير نادر يظهر عند البلوغ وفيه يشيب الرأس ويسقط الشعر سريعاً وتسقط الأسنان، وتظهر أمراض القلب والأوعية الدموية ويظهر تنخر العظم والتهاب المفاصل ويضعف السمع والبصر وتكثر الإصابة بمرض البول السكري والسرطان ويموت المصاب غالباً قبل الخمسين، وقد وصفت الحالة للمرة الأولى عام ١٨٨٦م، ولم يسجل من النوع النادر حتى الآن سوى حوالي مئة حالة فقط، وهي مطمع عند المتخصصين وموئل أمل بأن تقود لكشف سبب الشيخوخة الطبيعية، وقد اكتشفت الدراسات الوراثية بالفعل تشابهاً بين الحالتين مما يؤيد ترجيح الجانب الوراثي كسبب رئيس للشيخوخة.



(مرض الشيخوخة المبكر حيث يظهر ابن الخمس سنوات كما لو كان ابن الستين)

الرعاية الطبية والاجتماعية:

اكتشف هرمون النمو growth hormone عام ١٩٢٠م، واستخلص عام ١٩٥٦م، واستخدم للمرة الأولى في علاج طفل متأخر النمو عام ١٩٥٨م، ومرشح حالياً كعلاج تعويضي في الشيخوخة، ومن الأدوية الأخرى المرشحة للاستخدام مضادات الأكسدة Antioxidants، وتوجد طبيعياً في بعض الأغذية مثل الفواكه والخضراوات الطازجة وزيت الزيتون.

وتفيد بعض التقارير بأنها تحمي من الإصابة بالسرطان، وقد يستخدم الهرمون الأنثوي في سن اليأس لتلطيف الأعراض، ويستخدم الهرمون الذكري كمنشط لعلاج العنة، ولكن العلاج بالهرمونات عموماً له محاذيره، وقد تستخدم الفيتامينات والمعادن الأساسية خاصة عند النقص الغذائي، ويستخدم الكالسيوم خاصة مع آلام الظهر والكسور، والالتزام بالنوم ليلاً واليقظة في وقت مبكر والحفاظ على نوم فترة الظهيرة قد يساعد على التخلص من اضطراب النوم، ولا ينصح بالرياضة العنيفة وإنما برياضة معتدلة كالتنزه، وينصح بالأطعمة قليلة الدسم قليلة الكولسترول وتجنب الغضب والتدخين والخمور والإسراف في الطعام.

وقد وجد أن حوالي ٩٠% من حالات الشيخوخة طبيعية بلا مضاعفات Complications وحوالي ١٠% فقط من الحالات تصاحبها الأمراض، وبعضها يمكن علاجه أو توقِّيه، ولكن عوارض الشيخوخة لا يمكن التخلص منها أو وقفها، والقدرات إذا فقدت لا يمكن استردادها.

ولا يوجد سن موحد لابتداء الشيخوخة وإن اعتبر العمر ٦٠ أو ٦٥ سنة مناسباً للإعفاء من الخدمة في الوظائف الحكومية، ولكن الفروق الفردية واسعة وقد تمتد القدرة المهنية لسنوات بعد الخامسة والستين، ولذا يرى البعض تقييم الحالة الصحية والمهنية لكل فرد على حدة حفاظاً على الخبرات، وأما بيوت رعاية كبار السن فليست الحل الأمثل لأنها لا تعوض روابط البيئة الأسرية وعلاقات القرابة التي اشتهرت بها المجتمعات منذ القدم.

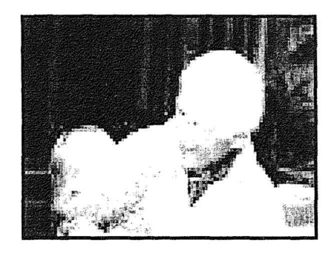
البيان القرآني:

في قوله تعالى: ﴿وَمَنْ نُعَمِّرْهُ نُنَكِّسْهُ فِي الْخَلْقِ أَفَلَا يَعْقِلُونَ﴾ (يس:٦٨) يتضمن التعبير الإخبار بأسلوب معجز بليغ عن حالة عامة من التدهور والارتداد تتسع لتشمل كافة التغيرات الخفية للشيخوخة التي لم يعرف أحد عنها شيئاً عند التنزيل وكشفتها الدراسات العلمية حديثاً، والنص الكريم ورد ضمن منظومة من النصوص تعالج موضوع مراحل العمر عامة أو الشيخوخة خاصة في تكامل وائتلاف بلا اختلاف.

وفي قوله تعالى: ﴿اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُم مِّن ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِن بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِن بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ﴾ (الروم٥٤).

وصف القرآن التغير في القوة على طول العمر مع التذكير بأن الإنسان قد خلق ضعيفاً ابتداء، وكأنه بهذا قد رسم منحنىً تصويرياً تستبين فيه درجة القوة في مختلف مراحل العمر قبل أن يستخدم ذلك الأسلوب في الدراسات العلمية الحديثة، والقوة تبلغ أوجها في مرحلة الشباب ثم يعكس الاتجاه ويبدأ الارتداد والانقلاب والانتكاس ليكون سمة مرحلة الشيخوخة، ولذا وصفها القرآن بالضعف، والعجيب أنه التزم بتمييزه عن الضعف الأول بإضافة الشيب، كما قال تعالى: ﴿ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفاً وَشَيْبَةً﴾ (الروم٥٤)، وقال تعالى -حكاية عن زكريا -عليه السلام:﴿قَالَ رَبِّ إِنِّي وَهَنَ الْعَظْمُ مِنِّي وَاشْتَعَلَ الرَّأْسُ شَيْباً وَلَمْ أَكُنْ بِدُعَائِكَ رَبِّ شَقِيّاً ﴾(مريم:٤).

والتدرج في الشيب يجعل ضعف الشيخوخة في تنامٍ مع انعدام الأمل في استرداد قوة الشباب وذلك مقابل تدرج الضعف الأول نحو القوة، والتصوير في وصف الشيب بالنيران المشتعلة لبيان استيعابه لأغلب الرأس يفيد أن المقام للمبالغة والاستيعاب، وهكذا يجعل نسبة الوهن للعظم كذلك وليست لقصر الوهن عليه، وكأنه قال: (نال الوهن مني أصلب شيء) فمن باب أولى كل ما دونه صلابة، وبذلك يعم الوصف بالوهن أغلب البدن، فتأمل الدقة في التعبير وغاية البيان باعتماد هذا أسلوب التصويري.



قال المفسرون: قوله تعالى: ﴿اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُم مِّن ضَعْفٍ. . . ﴾الآية (يعني أنه خلقكم ضعفاء، ثم جعلكم أقوياء، ثم جعلكم ضعفاء في حال الشيخوخة)[١] حيث: (تتغير الصفات الظاهرة والباطنة)[٢] و(معنى من ضعف: من نطفة ضعيفة، وقيل من ضعف: أي في حال ضعف)[٣].

وقوله تعالى: ﴿ قَالَ رَبِّ إِنِّي وَهَنَ الْعَظْمُ مِنِّي وَاشْتَعَلَ الرَّأْسُ شَيْبًا﴾: (أي ضَعُفَ، وأراد أن قوة عظامه قد ذهبت لكبره) ﴿ وَاشْتَعَلَ الرَّأْسُ شَيْبًا﴾ يعني انتشر الشيب فيه كما ينتشر شعاع النار في الحطب وهذا من أحسن الاستعارات)[٤](ولا ترى كلاماً أفصح من هذا)[٥](وفيه من فنون البلاغة وكمال الجزالة ما لا يخفى)[٦](وتخصيص العظم لأنه دعامة البدن وأصل بنائه ولأنه أصلب ما فيه فإذا وهن كان ما وراءه أوهن، واشتعل الرأس شيباً شبّه الشيب في بياضه وإنارته بشواظ النار وانتشاره وفشوّه في الشعر

(١) أحكام القرآن ج٥ ص٢١٩.
(٢) ابن كثير: ج٣ ص٤٤٠.
(٣) القرطبي: ج١٤ ص٤٦.
(٤) زاد المسير: ج٥ ص٢٠٧.
(٥) النسفي: ج٣ ص٣٠.
(٦) أبي السعود: ج٥ ص٢٥٣.

باشتعالها، وأسند الاشتعال إلى الرأس الذي هو مكان الشيب مبالغة)[1] (والمراد من هذا الإخبار عن الضعف والكبر ودلائله الظاهرة والباطنة)[2].

وفي قوله تعالى: ﴿ هُوَ الَّذِي خَلَقَكُم مِّن تُرَابٍ ثُمَّ مِن نُّطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ يُخْرِجُكُمْ طِفْلاً ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشُدَّكُمْ ثُمَّ لِتَكُونُوا شُيُوخًا وَمِنكُم مَّن يُتَوَفَّى مِن قَبْلُ وَلِتَبْلُغُوا أَجَلاً مُّسَمًّى وَلَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ﴾ غافر ٦٧

عَبَّرَ القرآن عن بلوغ الإنسان مرحلة الشباب بلفظ ﴿الأَشُدّ﴾ ويعني هنا غاية القوة، وفي مقام مرحلة الضعف التي تلي حالة الأشد أتى باللفظ (شيوخاً) المشتق من مادة (الشيخوخة)، وهو بهذا الترتيب والتمييز بعد حالة (الأشد) قد وصف مرحلة الشيخوخة ضمناً بالضعف بالنسبة لمرحلة الشباب أو قمة منحنى القوة بالنسبة للعمر.

والقوى تتزايد مع النمو وعند بلوغ الأشد يقف تصاعد المنحنى ويستوي بينما تستمر القدرة العقلية والخبرة في تزايد حتى يكتمل الاستواء عند الأربعين قبل أن يرتد المنحنى وينعكس الاتجاه، وفي قوله تعالى:﴿وَلَمَّا بَلَغَ أَشُدَّهُ وَاسْتَوَى آتَيْنَاهُ حُكْماً وَعِلْماً﴾(القصص ١٤) وقوله: ﴿ حَتَّى إِذَا بَلَغَ أَشُدَّهُ وَبَلَغَ أَرْبَعِينَ سَنَةً قَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ﴾(الأحقاف ١٥)، أضاف القرآن إلى بلوغ (الأشد) بلوغ الاكتمال وذلك بلفظ (الاستواء) وجعل حده (أربعين) سنة لتحقق الحكم السديد والإمامة في العلم، فكأنه بهذا التقرير قد اختار التعبير بالغالب وهو الأسلوب المعتبر علمياً اليوم.

قال المفسرون: ﴿ وَلَمَّا بَلَغَ أَشُدَّهُ﴾ أي المبلغ الذي لا يزيد عليه نشوء، وقوله تعالى: ﴿ وَاسْتَوَى﴾ أي كمل، و(بلوغ الأشد) في الأصل هو الانتهاء إلى حد القوة وذلك وقت انتهاء النمو وغايته وهذا مما يختلف باختلاف الأقاليم والعصور والأحوال)[3]

---

(١) البيضاوي: ج٤ ص٤.

(٢) ابن كثير: ج٣ ص١١٢.

(٣) روح المعاني ج٢٠ص٥١.

وقوله:﴿حَتَّى إِذَا بَلَغَ أَشُدَّهُ وَبَلَغَ أَرْبَعِينَ سَنَةً﴾ (فهو أقصى نهاية بلوغ الأشد)[1] (في الأغلب)[2] و(في الأربعين يتناهى العقل)، (فإذا زاد على الأربعين أخذ في النقصان)[3] و(من الناس من يموت قبل أن يخرج طفلاً وآخرون قبل الأشد وآخرون قبل الشيخوخة)[4] أي: ﴿ وَمِنكُم مَّن يُتَوَفَّى مِن قَبْلُ﴾ أن يبلغ الشيخوخة،﴿وَلِتَبْلُغُوا أَجَلاً مُّسَمًّى﴾ يقول: ولتبلغوا ميقاتاً مؤقتاً لحياتكم وأجلاً محدوداً لا تجاوزونه)[5] (يريد أجل الحياة)[6] وضعف الشيخوخة نذير الهلاك ولذا عبر عنها القرآن حكاية عمّن بلغها أو وصفها بأسلوب يفيد الاسترحام، مثل: ﴿مَسَّنِيَ الْكِبَرُ﴾(الحجر ٥٤)، و(أَصَابَهُ الْكِبَر) و﴿ قَدْ بَلَغَنِيَ الْكِبَرُ﴾ (آل عمران ٤٠)، و﴿ قَدْ بَلَغْتُ مِنَ الْكِبَرِ عِتِيًّا﴾(مريم ٨) و﴿ أَبُونَا شَيْخٌ كَبِيرٌ﴾ (القصص ٢٣).

وللتدهور في البنية والوظائف وصف القرآن الشيخوخة بأنها {أَرْذَلِ الْعُمُرِ}، ومن أهم ملامح التدهور إصابة المخ وتناقص المهارات العقلية والكفاءات الذهنية والعلم بالذات والموجودات مما قد يفسر سبب اختيار تلك الوظيفة العليا التي تختص بالتكليف لتبرير الوصف، قال تعالى: ﴿ وَاللَّهُ خَلَقَكُمْ ثُمَّ يَتَوَفَّاكُمْ وَمِنكُم مَّن يُرَدُّ إِلَى أَرْذَلِ الْعُمُرِ لِكَيْ لا يَعْلَمَ بَعْدَ عِلْمٍ شَيْئًا﴾ (النحل ٧٠).

وقال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِن كُنتُمْ فِي رَيْبٍ مِّنَ الْبَعْثِ فَإِنَّا خَلَقْنَاكُم مِّن تُرَابٍ ثُمَّ مِن نُّطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ مِن مُّضْغَةٍ مُّخَلَّقَةٍ وَغَيْرِ مُخَلَّقَةٍ لِّنُبَيِّنَ لَكُمْ وَنُقِرُّ فِي الأَرْحَامِ مَا نَشَاءُ إِلَى أَجَلٍ مُّسَمًّى ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلاً ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشُدَّكُمْ وَمِنكُم مَّن يُتَوَفَّى وَمِنكُم مَّن يُرَدُّ إِلَى أَرْذَلِ الْعُمُرِ لِكَيْلا يَعْلَمَ مِن بَعْدِ عِلْمٍ شَيْئًا﴾(الحج ٥).

---

(١) لسان العرب ج٣ص٢٣٦.
(٢) روح المعاني ج٢٠ص٥١.
(٣) الدر المنثور ج٦ص٣٩٧.
(٤) الثعالبي ج٤ص٧٩.
(٥) الطبري ج٢٤ص٨٢.
(٦) البغوي ج٤ص١٠٤.

والحكيم العليم – سبحانه وتعالى– يسن تشريعاً للأبناء بكشف العلم بالمخلوقات يراعي فيه حالة الضعف البدني والعقلي عند الآباء عند بلوغهم الكِبَر، قال تعالى: ﴿ وَقَضَى رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِندَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُل لَّهُمَا أُفٍّ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُل لَّهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا وَاخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُل رَّبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا﴾ (الإسراء ٢٣و٢٤). ولك أن تلحظ في التعبير غاية العناية والرأفة والرحمة بكبار السن حتى إن القرآن قد قَرَنَ الإحسان بالوالدين عند الكِبَر بوحدانية الله وهي قضيته الكبرى.

قال المفسرون: (الأرذل من كل شيء الرديء منه)[(١)] (ولا يرجى له بعده عود من النقصان إلى الزيادة ومن الجهل إلى العلم كما يرجى مصير الصبي من الضعف إلى القوة ومن الجهل إلى العلم)[(٢)] (وإيثار (فعل) الرد (نَرُدُّهُ) على الوصول والبلوغ ونحوهما للإيذان بأن بلوغه والوصول إليه رجوع في الحقيقة إلى الضعف بعد القوة، (لِكَيْلا يَعْلَمَ بَعْدَ عِلْمٍ شَيْئًا).. من المعلومات)[(٣)] أي: (لينسى ما يعلم، أو: لئلا يعلم زيادة علم على علمه)[(٤)] (وهذه عبارة عن قلة علمه لا أنه لا يعلم شيئًا البتة)[(٥)] (فالمراد المبالغة، وفائدة ذلك الإيذان بأن بلوغ الأشد أفضل الأحوال)[(٦)]

وفي قوله تعالى – حكاية عن امرأة إبراهيم – عليه السلام: ﴿ قَالَتْ يَا وَيْلَتَا أَأَلِدُ وَأَنَا عَجُوزٌ وَهَذَا بَعْلِي شَيْخًا إِنَّ هَذَا لَشَيْءٌ عَجِيبٌ﴾ (هود ٧٢)، أضاف القرآن إلى عجزها عن الإنجاب سبباً آخر لاستعجابها بقولها:﴿ وَهَذَا بَعْلِي شَيْخًا﴾، و(البعولة) من الذكورة والفحولة ولا يوصف بها سوى الذكر فكأنه أخبر ضِمناً عن تحول نشاطه إلى الضعف عندما أصبح شيخاً.

---

(١) لسان العرب ج١١ ص٢٨١.

(٢) أحكام القرآن ج٥ ص٢٥٠.

(٣) أبي السعود ج٥ص١٢٧.

(٤) النسفي ج٢ص٢٦٣.

(٥) الثعالبي ج٢ص٣١٧.

(٦) روح المعاني ج١٧ص١١٨.

وأما لفظ (عجوز) المشتق من (العجز) فقد قصره على وصف الأنثى المقطوع بعجزها عن الإنجاب بتجاوزها سن الحيض، كما قال تعالى: ﴿ إِلَّا عَجُوزًا فِي الْغَابِرِينَ﴾ (الشعراء ١٧١)، ولذا رافق اللفظ (عجوز) الوصف (عقيم) لانقطاع الأمل في الإنجاب بانقطاع الحيض في قوله: ﴿ فَصَكَّتْ وَجْهَهَا وَقَالَتْ عَجُوزٌ عَقِيمٌ﴾ (الذاريات ٢٩).

والشيخ غير مقطوع الأمل ووصفه هنا يتعلق ببيان ضعف النشاط لا زوال الخصوبة، والعجيب أن القرآن لم يصف الذكر أبداً باللفظ (عجوز) بينما لغة التخاطب منذ التنزيل إلى اليوم تجيز لك القول: (هذا رجل عجوز)، فانظر إلى أي مدى قد بلغت في القرآن الدقة في التعبير.

ويمكن في وقتنا الحالي تقديم الأدلة على أن الشيخوخة مقدرة Predetermined وفق برنامج يعكس العلم والحكمة في الخلق، ومن تلك الأدلة اكتشاف حد لعدد انقسامات الخلية (حد هايفليك Hayflick's limit)، وتؤيد الأبحاث العلمية الحديثة أن الشيخوخة ليست إلا وجهاً من الموت المبرمج للجسم.

وأما اكتشاف الموت المبرمج للأعضاء الخلوية الدقيقة والموت المبرمج للمايتوكوندريا فقد أضافا مزيداً من الأدلة على أن الأحداث الحيوية مقدرة لتسلك سلوكاً حكيماً لا عن مصادفة، حيث تذوي الأعضاء الخلوية الدقيقة أو المايتوكوندريا عندما تصبح ضارة أو غير ذات فائدة.

ومثله اكتشاف ظاهرة الموت المبرمج للخلية، فبعض الخلايا تسلك مسلكاً اجتماعياً عجيباً للدفاع عن الجسم عندما يغزوها فيروس فتستدعي عمليات مقدرة موجودة آلياتها بداخلها الأليق أن نسميها تضحية وإيثار لا انتحاراً، تجعلها تموت ومعها الفيروس مدفون في أحضانها، وقد تبين أن ذلك الأسلوب المقدر الفريد يتبعه الجسم للتخلص من الخلايا أو حتى الأنسجة التي أصبحت ضارة به أو على الأقل غير ذات فائدة، وبالمثل أمكن لأبي ذنيبة التخلص من ذيله ليصبح ضفدعاً خفيف الحركة قادراً على القفز، وأمكن للشجر أن يسقط أوراقه مبكراً في الخريف لأنها ستكون غير ذات فائدة في الشتاء ويوفر ما ستستهلكه من الغذاء، فهل يمكن أن ينسب ذلك السلوك

الواعي إلى الخلايا، أم إلى الكائنات نفسها، أم إلى المصادفة، أم هو أحد مظاهر التقدير المبثوث على كافة المستويات من حكيم عليم بكل المخلوقات؟.

إن المصادفة لا يمكن أن تقيم نظاماً ثابتاً ذا أحداث تتكرر بانتظام، ولا سبيل سوى الإقرار بحكمة الله وعنايته المتجليتين في كل حين ومكان في أنفسنا وما حولنا، وأما وحدة أصول الموجودات واختصاص كل نوع بتقدير موحد رغم التمايز فشاهد عيان على قدرة الله ووحدانيته.

إن أول من تنبه لظاهرة الشيخوخة كعلم مستقل هو الطبيب الفرنسي شاركوت Charcot عام ١٨٨١م، ولم يتبعه أغلب الباحثين إلا في القرن العشرين، ولذا نعجب أن يولي القرآن الكريم موضوع الشيخوخة عنايته قبل ذلك بأكثر من عشرة قرون، ولا تجد لهذا نظيراً في أي كتاب آخر ينسب اليوم للوحي غير القرآن الكريم، وإن إدراك خفايا الشيخوخة في عصرنا حيث توفرت التقنيات إنما هو شهادة للقرآن: ﴿أَنَّهُ الْحَقُّ﴾؛ يقول العلي القدير: ﴿ وَكَذَّبَ بِهِ قَوْمُكَ وَهُوَ الْحَقُّ قُل لَّسْتُ عَلَيْكُم بِوَكِيلٍ لِّكُلِّ نَبَإٍ مُّسْتَقَرٌّ وَسَوْفَ تَعْلَمُونَ ﴾ الأنعام ٦٦و٦٧.

الشيخوخة من سنن الله الكونية:

إن الذي ينظر إلى سنن الله الكونية يجد أن الشيخوخة طور زمني حتمي، في دورة حياة كل مخلوق، أو دورة خلق كل موجود، فالشيخوخة من فطرة الخالق في هذا الكون، من أول الخلية الحية التي لا ترى إلا بالمجهر إلى خلق المجرة الهائلة في الفضاء الكوني...، كل شيء في الكون يبدأ خلقه بطور الطفولية وينتهي إلى طور الشيخوخة... نجد ذلك في الإنسان والنبات والحيوان والطير وحتى الجماد كالجبال والمحيطات... وحتى الكواكب والنجوم، وتبدأ كل خلية في الجسم في طور شبابها ثم بعد ذلك تظهر عليها أعراض الشيخوخة ومع أن زمن الخلية البيولوجي – وهو ما يسمى بالعمر الافتراضي – موجود بها منذ خلقها إلا أن عوامل البيئة المحيطة بها قد تؤثر عليها، فكل خلية بالجسم تعيش في توازن فسيولوجي في منتهى الدقة ويصيب الخلل هذا التوازن الفسيولوجي مع تقدم العمر وذلك بسبب تغيرات بالبيئة الداخلية المحيطة بالخلية مما يعجّل بحلول الشيخوخة فيها.

ومهما يكن من أمر فإن الشيخوخة طور حتمي من أطوار حياة الجسم لا يمكن منعه فالزمن يسوق الجسم إلى الشيخوخة سوقاً ويدفعه إليها دفعاً وتجري الحياة والموت جنباً إلى جنب في جسم الإنسان: ملايين الخلايا تموت كل ثانية من الثواني وملايين أخرى من الخلايا تحيا... ففي جسم الإنسان منايا وحياة.. حتى إذا جاءت الشيخوخة زادت عمليات الموت والهدم على عمليات الحياة والبناء وبذلك تحل الشيخوخة في الجسم ولا يمكن إعادة الشباب في خلايا الجسم أبداً... نجد ذلك من فيض المعاني في الحديث النبوي الذي رواه الإمام الترمذي عن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله قال: (مثل ابن آدم وفي جنبه تسع وتسعون منية إن أخطأته المنايا وقع في الهرم حتى يموت).

فالحياة والموت يجريان في جسم الإنسان جنباً إلى جنب... ولابد للجسم من أن يصل إلى الشيخوخة إن أخطأته المنايا فطال به العمر، ولن يجد الإنسان من شيخوخة الجسم مفراً ولن يجد منها مهرباً.

وما يحدث في خلايا جسم الإنسان يحدث في خلايا كل كائن حي، فكل كائن حي يمر بأطوار الطفولة والشباب والشيخوخة.. ففي عالم النبات مثلاً نجد هذه الأطوار في كل نبتة وكل شجرة، ونقرأ عن هذه الحقائق في سورة الزمر في قول الله عز وجل: ﴿أَلَمْ تَرَ أَنَّ اللَّهَ أَنزَلَ مِنَ السَّمَاءِ مَاءً فَسَلَكَهُ يَنَابِيعَ فِي الْأَرْضِ ثُمَّ يُخْرِجُ بِهِ زَرْعًا مُّخْتَلِفًا أَلْوَانُهُ ثُمَّ يَهِيجُ فَتَرَاهُ مُصْفَرًّا ثُمَّ يَجْعَلُهُ حُطَامًا إِنَّ فِي ذَٰلِكَ لَذِكْرَىٰ لِأُولِي الْأَلْبَابِ﴾ (الزمر:٢١).

والإنسان في الدنيا مثل النبات مصيره إلى الضعف والشيخوخة.. وعقبت الآية بقوله تعالى: إن في ذلك لذكرى لأولي الألباب أي: أن من يشاهد هذه الأطوار في خلية النبات يقارنها بما يحدث له في بدنه فإذا هي تماماً ما يحدث للنبات ومصيره إلى شيخوخة ثم إلى موت وحطام.

فالشيخوخة تحدث في النبات كما تحدث في الإنسان والحيوان ذلك أن الشيخوخة من سنن الله الكونية... وساقها الله مثالاً في آية سورة الزمر لتكون ذكرى لأولي الألباب، ونجد حقيقة الشيخوخة في النبات أيضاً مذكورة في سورة الحديد في قول الله عز وجل: ﴿اعْلَمُوا أَنَّمَا الْحَيَاةُ الدُّنْيَا لَعِبٌ وَلَهْوٌ وَزِينَةٌ وَتَفَاخُرٌ بَيْنَكُمْ وَتَكَاثُرٌ فِي الْأَمْوَالِ وَالْأَوْلَادِ كَمَثَلِ غَيْثٍ أَعْجَبَ الْكُفَّارَ نَبَاتُهُ ثُمَّ يَهِيجُ فَتَرَاهُ مُصْفَرًّا ثُمَّ يَكُونُ حُطَامًا وَفِي الْآخِرَةِ عَذَابٌ شَدِيدٌ وَمَغْفِرَةٌ مِّنَ اللَّهِ

وَرِضْوَانٌ وَمَا الْحَيَاةُ الدُّنْيَا إِلَّا مَتَاعُ الْغُرُورِ﴾ (الحديد:٢٠) ، ساق الله تعالى حقيقة أطوار خلق النبات وأن مصيرها إلى الزوال تشبيهاً بما يحدث للإنسان.

إن الدارس لأطوار الخلق التي تنتهي بالشيخوخة يوقن تماماً أن الحياة الدنيا هي بمثابة لحظة في تاريخ الإنسان الطويل وأنها دار ممر وإن الآخرة هي الحياة الحقة ودار المقر الدائم.

إن الشيخوخة ولا شك تعطي الدليل على حقيقة البعث بعد الموت، نقرأ في سورة الحج قول الله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنْ كُنْتُمْ فِي رَيْبٍ مِنَ الْبَعْثِ فَإِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ تُرَابٍ ثُمَّ مِنْ نُطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ مِنْ مُضْغَةٍ مُخَلَّقَةٍ وَغَيْرِ مُخَلَّقَةٍ لِنُبَيِّنَ لَكُمْ وَنُقِرُّ فِي الْأَرْحَامِ مَا نَشَاءُ إِلَى أَجَلٍ مُسَمًّى ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلًا ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشُدَّكُمْ وَمِنْكُمْ مَنْ يُتَوَفَّى وَمِنْكُمْ مَنْ يُرَدُّ إِلَى أَرْذَلِ الْعُمُرِ لِكَيْلَا يَعْلَمَ مِنْ بَعْدِ عِلْمٍ شَيْئًا وَتَرَى الْأَرْضَ هَامِدَةً فَإِذَا أَنْزَلْنَا عَلَيْهَا الْمَاءَ اهْتَزَّتْ وَرَبَتْ وَأَنْبَتَتْ مِنْ كُلِّ زَوْجٍ بَهِيجٍ﴾ (الحج:٥) هذه حقيقة أولى.

ونقر في الأرحام ما نشاء إلى أجل مسمى.. وهذه حقيقة ثانية. ثم نخرجكم طفلاً ثم لتبلغوا أشدكم ومنكم من يتوفى ومنكم من يرد إلى أرذل العمر لكيلا يعلم من بعد علم شيئاً.. وهذه حقيقة ثالثة.

وترى الأرض هامدة فإذا أنزلنا عليها الماء اهتزت وربت وأنبتت من كل زوج بهيج.. وهذه حقيقة رابعة.

إنها أربع حقائق علمية نستدل بها على أربع حقائق غيبية:

الأولى: ذلك إن الله هو الحق.

الثانية: وأنه يحيي الموتى.

الثالثة: وأنه على كل شيء قدير.

الرابعة: وأن الساعة آتية لا ريب فيها وأن الله يبعث من في القبور.

وجاء ذكر الأرض بوصفها هامدة في الآية الكريمة لأن ذلك أنسب في سياق الحديث عن خلق الإنسان منذ بدء خلقه نطفة وأنه قد يتوفى وقد يرد إلى أرذل العمر، وجاء ذكر الأرض بوصفها خاشعة في سورة فصلت ﴿وَمِنْ آيَاتِهِ أَنَّكَ تَرَى الْأَرْضَ خَاشِعَةً فَإِذَا أَنْزَلْنَا عَلَيْهَا الْمَاءَ اهْتَزَّتْ وَرَبَتْ إِنَّ الَّذِي أَحْيَاهَا لَمُحْيِي الْمَوْتَى إِنَّهُ عَلَى كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ﴾ (فصلت:٣٩).

إذن: فالحقائق العلمية إذ تذكر في القرآن الكريم إنما لتؤدي قصداً معيناً ولنستدل بها مع حقائق أخرى لا نحسها بحواسنا.. فنستشعر الحقيقة الغيبية في القلب عن طريق العقل وهذا أفضل الإيمان.. وما ذكرت الشيخوخة كحقيقة علمية في آي القرآن العظيم والحديث النبوي الشريف لمجرد الإعجاز العلمي، وإنما لنستمد منها تربية نفسية ونستدل بها على حقائق أخرى عن طريق الاستنباط والقياس.

شيخوخة جسم الإنسان:

يمضي الجسم الربع الأول من حياته في نمو وزيادة بينما يمضي الأرباع الثلاثة الأخرى في شيخوخة تدريجية ومستمرة، وليس للشيخوخة عمر محدد فبعض الأجسام تشيخ في عمر مبكر وبعض الأجسام لا تشيخ إلا بعد عمر طويل.. فليست الشيخوخة معتمدة على العمر فقط وإنما على عوامل أخرى كالوراثة والبيئة والأمراض العضوية التي تصيب الجسم، كما تعتمد على صحة الشرايين.

وحتى في الشيخوخة هناك من يعاني منها كثيراً، وهناك من يعاني منها قليلاً ويظل نشطاً واسع الإدراك حاضر الذهن وقادراً على الحكم على الأمور في حكمة وبعد نظر بناء على خبرة طويلة يفتقر إليها من هو أقل منه عمراً، وتحدث تغيرات بيولوجية وفسيولوجية في أعضاء الجسم في طور الشيخوخة.

فمثلاً شرايين الجسم يحدث لها في الشيخوخة ما يسمى بتصلب الشرايين ما يؤدي إلى ضيق سعتها وبالتالي: قلة كمية الدم الذي يجري فيها.. وبالتالي إلى قلة توارد الدم إلى أعضاء الجسم المختلفة مما يؤدي بالتالي إلى ضعف تدريجي في الجسم عموماً وضعف بالقدرة الذهنية.

إلا أن بعض المسنين يظل نشاطهم الذهني حاداً وذكاؤهم شديداً كما في القادة والمفكرين والمخترعين والعلماء فكثير من العلماء لم يكتشفوا اكتشافاتهم العلمية العظيمة ولم يبدعوا إلا في طور الشيخوخة، ذلك: أن صحة الجسم من صحة شرايينه فما دامت الشرايين سليمة، مهما طال عمر الإنسان، فإنه سيظل قوياً ونشيطاً وحاضر الذهن.

ومع تقدم العمر تحدث تغيرات بيولوجية في خلايا الجسم ومن ذلك خلايا العضلات فالعضلة مكونة من خيوط عضلية كثيرة مثل حزمة من الخيط، كل خيط لا

يزيد قطره عن ١,١٠ مللي متر، وفي كل خيط نظام دقيق وعجيب من شأنه تقلص العضلة وارتخاؤها بقوة وسهولة، ومع تقدم العمر يضعف ذلك النظام داخل الخيوط العضلية فتتصلب العضلة ويقل حجمها وتتضاءل قوتها الأمر الذي يؤدي إلى حالة الضعف العضلي.

فالعضلات في طور الطفولة تكون ضعيفة ثم تنمو وتكبر وتقوى في الشباب ثم بعد ذلك تضعف شيئاً فشيئاً كلما دخل الجسم في طور الشيخوخة، إنها ثلاث مراحل: ضعف ثم قوة ثم عودة إلى الضعف مرة أخرى.

وكذلك شعر الجسم يتغير مع تقدم العمر، ونلاحظ ذلك بوضوح في شعر الرأس، ولعوامل الوراثة دور كبير في ذلك، فالشعر في صغر السن يكون مرناً وقوياً وكثيفاً ومع تقدم العمر تقل مرونة الشعر وتضعف قوته وتقل كثافته ويزداد جفافه ويتساقط الشعر عن ذي قبل وخاصة في الرجال، ويبيض الشعر ويشيب الرأس.

الشيخوخة والإنجاب:

مع مرور الزمن تصل المرأة إلى منتصف العمر الذي هو بين الأربعين والخمسين وفي آخر هذه المرحلة ينقطع الطمث في كثير من الحالات، وذلك بسبب عجز المبيضين عن إفراز الهرمونات (الاستروجين والبروجستيرون) وقد يصاحب ذلك أعراض تشعر بها المرأة مثل الإحساس بالسخونة في الجسم والضيق النفسي والتوتر العصبي ونزول العرق وهذا ما يسمى (Menopausal syndrome) وتفقد المرأة القدرة على الإنجاب.. أما الرجل فلا تتوقف القدرة على الإنجاب فيه إلا بعد أن يدخل في الشيخوخة، ومثالاً على ذلك في سياق الحديث عن قصة النبي إبراهيم عليه السلام وزوجه في سورة هود: ﴿وَامْرَأَتُهُ قَائِمَةٌ فَضَحِكَتْ فَبَشَّرْنَاهَا بِإِسْحَاقَ وَمِن وَرَاءِ إِسْحَاقَ يَعْقُوبَ﴾ (هود:٧١)

قال بعض المفسرين: فضحكت: أي: حاضت تحقيقاً لبشارة الملائكة لها التي أخبر الله عنها في قوله تعالى: ولقد جاءت رسلنا إبراهيم بالبشرى قالوا سلاماً قال سلام فما لبث أن جاء بعجل حنيذ فلما رأى أيديهم لا تصل إليه نكرهم وأوجس منهم خيفة قالوا: لا تخف إنا أرسلنا على قوم لوط. وامرأته قائمة فضحكت فبشرناها بإسحاق ومن وراء إسحاق يعقوب. قالت: ﴿قَالَتْ يَا وَيْلَتَى أَأَلِدُ وَأَنَا عَجُوزٌ وَهَذَا بَعْلِي شَيْخًا إِنَّ هَذَا لَشَيْءٌ عَجِيبٌ﴾(هود:٧٢).

وقال بعض المفسرين: فضحكت أي: ضحكت فعلاً، ضحكت تعجباً.. أو ضحكت من خوف زوجها النبي إبراهيم من ثلاثة نفر وهو في خدمة وحشمة، ولا نتفق في تفسير الآية الكريمة مع هؤلاء ولا مع هؤلاء فليس معنى ضحكت حاضت وإن كان ذلك صحيحاً لغوياً.

كما أنه من غير المعقول أن تضحك من اضطراب زوجها وخوفه من قوم قدموا إليه زائرين فهذا لا يكون من امرأة نبي، ولكنها ضحكت فعلاً تعجباً ودهشة.. وهي عجوز عقيم لا تحيض.. وقد أحست بتحرك الجنين في بطنها... لو كان المعنى أنها حاضت تحقيقاً للبشارة، لسألت عما هو بعد الحيض وهو الحمل ولقالت: (يا ويلتا أألحمل وأنا عجوز) ولكنها وقد أحست بتحرك الجنين في بطنها سألت ضاحكة مندهشة عما سيكون بعد الحمل وهو الولادة... قال تعالى – على لسانها– : "قالت: يا ويلتا أألد وأنا عجوز وهذا بعلي شيخاً إن هذا لشيء عجيب" قولها هذا إشارة إلى موجود بيّن وهذا بعلي شيخاً: أي: إن زوجي هذا الذي هو أمامي شيخ لا ينجب.. إن هذا لشيء عجيب أي: إن حدوث الحمل هذا الذي أحس به شيء عجيب.

ولا ندري لماذا غاب عن بعض المفسرين هذا المعنى في الآية الكريمة مع وضوحه ووضوح السياق في الآية الكريمة وفي سورة الذاريات قال الله عز وجل: ﴿فَأَقْبَلَتِ امْرَأَتُهُ فِي صَرَّةٍ فَصَكَّتْ وَجْهَهَا وَقَالَتْ عَجُوزٌ عَقِيمٌ﴾ (الذريات:٢٩).

في صرة أي: في تأوه وتعجب... فلما شعرت بالحمل ضربت وجهها بيدها على عادة النساء عند التعجب والمفاجآت وقالت: كيف ألد وأنا عجوز عقيم؟.

ولماذا لم تذكر آية سورة الذاريات قولها: (أألد وأنا عجوز عقيم) واكتفت بالقول: ﴿فَأَقْبَلَتِ امْرَأَتُهُ فِي صَرَّةٍ فَصَكَّتْ وَجْهَهَا وَقَالَتْ عَجُوزٌ عَقِيمٌ﴾(الذريات:٢٩).

وذلك: لأن عجبها من أمر الولادة جاء ذكره والإشارة إليه في آية سورة هود من قبل... وسورة هود نزلت قبل سورة الذاريات بزمن طويل: فترتيب نزول سورة هود ٥٢ وترتيب سورة الذاريات ٦٧.

ووصفت امرأة النبي نفسها بالعجوز العقيم في سورة الذاريات لأنها لم تصف نفسها من قبل بالعقيم في سورة هود... وعكس العقم: الحمل وليس الحيض.

وما حدث من إعجاز في الحمل من عقم، هو أمر من الله عز وجل الذي بيده الخلق والأمر، ونجد فيه الحكمة أظهر من العلم وأعجب، لذلك عقبت الآية الكريمة بالحكمة قبل العلم قال الله عز وجل: ﴿قَالُوا كَذَٰلِكِ قَالَ رَبُّكِ إِنَّهُ هُوَ الْحَكِيمُ الْعَلِيمُ﴾(الذاريات:٣٠).

قال ربك أي: أمر ربك وقضى، وهذا ما عقبت به أية سورة هود قال تعالى: ﴿قَالُوا أَتَعْجَبِينَ مِنْ أَمْرِ اللَّهِ رَحْمَتُ اللَّهِ وَبَرَكَاتُهُ عَلَيْكُمْ أَهْلَ الْبَيْتِ إِنَّهُ حَمِيدٌ مَجِيدٌ﴾(هود:٧٣). وقول الله في هذا المقام هو الحمل والخلق وليس الحيض.

شيخوخة الجلد والشعر:

مع تقدم العمر تحدث تغيرات بيولوجية في خلايا الجسم ومن ذلك الجلد والشعر فتقل مرونة الجلد ويضمر ويرتخي ولذلك تتغير ملامح الوجه، كما أن الشعر يجف ويتساقط ويشيب الرأس ففي سورة مريم يقول الله عز وجل - عن النبي زكريا: ﴿ذِكْرُ رَحْمَتِ رَبِّكَ عَبْدَهُ زَكَرِيَّا إِذْ نَادَىٰ رَبَّهُ نِدَاءً خَفِيًّا قَالَ رَبِّ إِنِّي وَهَنَ الْعَظْمُ مِنِّي وَاشْتَعَلَ الرَّأْسُ شَيْبًا وَلَمْ أَكُنْ بِدُعَائِكَ رَبِّ شَقِيًّا ﴾.

وقد أشارت الآية الكريمة إلى ضعف العظام في جسم الإنسان في طور الشيخوخة ونفهم أن تضعف العضلات وتضعف الذاكرة ويضعف الجلد... ولكن كيف يضعف العظم؟ وهو جسم صلب لا يلين إلا إذا مرض بمرض لين العظام وهو مرض غير متعلق بالشيخوخة، وجاء لنا التقدم العلمي بتفسير قوله تعالى وهن العظم مني: ففي أثناء الشيخوخة يحدث ما يسمى بتخلخل العظام أو هشاشة العظام فتتناقص كتلة العظام تدريجياً.

وتعمل الهرمونات الجنسية في كل من الرجل والمرأة على إنشاء الأنسجة البروتينية في العظام، فإذا أقبلت الشيخوخة قلت تلك الهرمونات، وبالتالي يقل بناء تلك الأنسجة البروتينية في العظام فيحدث تخلخل بالعظام وضعف بها ووهن، وتصبح

سريعة الكسر، فإذا وقع شاب على الأرض على علو نصف متر مثلاً ووقع إنسان في سن الشيخوخة فغالباً تماماً إن الشاب يقوم وعظامه سليمة عادة لأن أنسجتها البروتينية تقوي العظم، أما في الشيخوخة فغالباً ما يحدث كسر بالعظام أو كسور.

وفي الشيخوخة يحدث ضعف آخر في العظام بسبب تآكل الغضاريف وما يصاحبها من التهاب مزمن بالمفاصل أي: الاعتلال العظمي المفصلي، وتصاب المفاصل الكبرى والصغيرة على سواء كما تصاب مفاصل العمود الفقري، وتآكل الغضاريف كثيراً ما تصاحبه الآلام العضلية أو ما يسمى الآلام العضلية العظمية والحديث في هذا الموضوع طويل، والمهم: أن نفهم أن مع الشيخوخة تضعف عظام الجسم جميعاً وبلا استثناء قال الله عز وجل: ﴿قَالَ رَبِّ إِنِّي وَهَنَ الْعَظْمُ مِنِّي﴾(مريم: ٤)، أي: عظم الجسم كله.. وهذه حقيقة علمية أن الهيكل العظمي في الجسم جهاز واحد، إذا دب الضعف ببعض العظام أثناء الشيخوخة فإن جميع عظام الجسم يكون قد دب الضعف فيها أيضاً، وقد يصيب الضعف بعض العظام أكثر من عظام أخرى إلا أن الضعف يشمل العظم كله وإن كان بدرجات متفاوتة قليلاً.

وهذا ما أشارت إليه الآية الكريمة: ﴿قَالَ رَبِّ إِنِّي وَهَنَ الْعَظْمُ مِنِّي وَاشْتَعَلَ الرَّأْسُ شَيْباً﴾ (مريم: من الآية٤)، ونجد التشبيه لانتشار شيب الشعر في الرأس بالنار في انتشارها في الهشيم فأخرجه مخرج الاستعارة.. وأسند التعبير القرآني الاشتعال إلى مكان الشعر ومنبته وهو الرأس فلم يقل: (اشتعل الشعر شيباً) ولكنه قال: ﴿وَاشْتَعَلَ الرَّأْسُ شَيْباً﴾(مريم: ٤)، وبذلك وصل وصف الشيب في الشيخوخة إلى قمة الإعجاز البلاغي.

هل للشيخوخة علاج؟

لا شك أن الشيخوخة طور من أطوار العمر تزعج الإنسان المقبل عليها وتكدر الإنسان الذي هو فيها، لذا اهتم الناس منذ آلاف السنين بهذا الموضوع وبذلوا الكثير من الجهد في البحث عن شفاء للشيخوخة أو حتى علاج يعيد جانباً من شباب الجسم أو يدفع عجز الشيخوخة، وكان ذلك جهداً منطقياً نابعاً من غريزة حب البقاء وطول الأمل.

وطول العمر مطلب للإنسان لكنه مشروط بتوفر الصحة والعافية، لذلك كان الجهد الذي بذله الناس منذ فجر التاريخ في البحث عن علاج للشيخوخة لا يزال مستمراً حتى اليوم، ولكن تبين أن الجهد كان بدون جدوى وكان الناس في بحثهم عن شفاء من الشيخوخة إنما كانوا يسعون وراء سراب.

والإنسان في هذه المحاولات يريد أن يخرج من نسق التغير إلى نسق الثبات ويحيا في شباب دائم بلا شيخوخة، وهذا أمر مستحيل الوقوع، وإذا عاش إنسان ولم يدركه الهرم فإن هذا يدل على أنه يعيش في اللازمن، ولا يكون ذلك في عالمنا هذا وإنما في العالم الآخر حيث تقوم الساعة، وأن كل إنسان طال به العمر لابد أن يدركه الهرم لأن الزمن يجري في الإنسان والإنسان يجري في الزمن لا يتوقف أبداً في هذه الدنيا.

وكان سبب بحث الناس عبر العصور عن شفاء للشيخوخة هو شعورهم الداخلي بالخوف من الموت ورغبتهم في البقاء أحياء، ونسمع في أساطير الأولين عن رحلة البحث عن إكسير الشباب الدائم، واعتقد فريق من الناس قديماً أن نباتاً في قاع البحر إذا أكل منه المسنون عادوا إلى الشباب، وتبين أنها نباتات بحرية لا تفيد شيئاً في ذلك.

وفي مصر القديمة كان المصري القديم لا يهاب الموت ولكنه يخاف الحساب بعد الموت، وكانوا يعتقدون أن الموت رحلة إلى حياة أخرى وإلى عالم سفلي، وكانوا يكررون دائماً قولهم: (إن الموتى يعيشون) (إنك لم ترحل ميتاً إنك رحلت حياً)، وربما نقل المصريون القدماء عقيدتهم هذه عن رسالة سيدنا إدريس عليه السلام الذي عاش في منف (البدرشين حالياً) قبل العصر الفرعوني، واعتنق المصريون عقيدة التوحيد ولما جاء العصر الفرعوني حرفوا اسم إدريس إلى ازوريس.

وتدل أوراق البردي في الآثار المصرية القديمة على أن قدماء المصريين قاموا عبر عصورهم بمحاولات كثيرة لاسترداد الشباب، ولكنهم لم ينجحوا، وحاول الهنود القدامى ولكنهم لم يكونوا بأسعد حظاً من المصريين القدماء، وكذلك فعلت الأمم السابقة في الصين وغيرها من أمم الشرق الأدنى والأقصى.

أما في أوروبا فقد اهتمت شعوبها عبر القرون بالبحث عن شفاء أو علاج للشيخوخة، فمنذ عهد الإغريق كان اهتمام الناس بهذا الموضوع، فما دام الأمر يخص صحة الإنسان فإنه يمثل من تفكير الإنسان المقام الأول، وتحكي لنا أساطير الإغريق العديد من المحاولات في هذا الموضوع مثل محاولة يوسانيانس وكيف اعتقد أن (ينبوعاً للشباب) موجود في مكان ما في العالم واعتقد أن أي إنسان يعاني من الشيخوخة إذا نزل في ذلك الينبوع فسوف يخرج منه شاباً فثار فضول الناس، وراحوا يبحثون عن ذلك الينبوع، وصار البحث عن ينبوع الشباب شغلهم الشاغل، ومرت العصور والناس لا تكف عن البحث عنه حتى العصور الوسطى، وكان آخر المحاولات في البحث تلك الرحلة التي قام بها بونس دي ليون سنة ١٥١٢ في المحيط الأطلسي وسار غرباً حتى وصل إلى العالم الجديد، ولم يكتشف شيئاً، ولكنه اكتشف قارة أمريكا الشمالية.

وظل العلماء حتى العصر الحالي يبحثون عن علاج للشيخوخة واستعادة الشباب ولكنهم لم ينجحوا ولعل أبرز المحاولات كانت محاولة الدكتورة آنا أصلان من رومانيا في منتصف القرن العشرين، وصاحبتها ضجة إعلامية كبيرة إلا أنه في النهاية لم يكتب لها النجاح وأخيراً تأكد لدى العلماء أنه لا يوجد أي دواء يشفي من الشيخوخة، فالشيخوخة هي نتيجة تغير بيولوجي حتمي في جسم الإنسان لا يوقفه شفاء ولا يفيده علاج، ولطالما أضاع الناس من جهد ومال ودراسة وراء البحث عن دواء لعلاج الشيخوخة فما وجدوا شيئاً.

ولو تدبر الناس ما جاء في الحديث النبوي في هذا الموضوع ما أضاعوا كل هذا الجهد وما خسروا كل تلك الأموال في البحث والعناء فيما لا طائل من ورائه... فقد أخرج أبو داود والترمذي عن زياد بن علاقة، عن أسامة بن شريك قال: قالت الأعراب: يا رسول الله! أنتداوى؟ قال: نعم عباد الله تداووا فإن الله عز وجل لم يضع داء إلا وضع له دواء إلا داءً واحداً قالوا: وما هو قال: الهرم.

(أي: الشيخوخة لا دواء لها). وروى الترمذي، عن أبي هريرة ﷺ : أن النبي ﷺ قال: (مثل ابن آدم وإلى جنبه تسع وتسعون منية إن أخطأته المنايا وقع في الهرم حتى يموت).

قوله صلى الله عليه وسلم: وقع في الهرم حتى يموت يشير إلى أن الذي يقع في الشيخوخة لا يشفيه دواء ولا ينفعه علاج وفي هذا الحديث النبوي الشريف الكثير من الحقائق العلمية سنتطرق إليها فيما بعد.

بعض مظاهر الشيخوخة في الجسم:

تحدثنا من قبل عن مظاهر الشيخوخة وآثارها في عظام الجسم والجلد والشعر والقدرة على الإنجاب وعن تأثير الشيخوخة على شرايين الجسم.

ويخشى الناس من ضيق الشرايين في القلب، لأنها تؤدي إلى حدوث الذبحة الصدرية وإلى جلطة الشرايين وما يؤدي ذلك إلى أخطار صحية كبيرة، إلا أن ضيق الشرايين يسبب انحطاطاً بوظائف الأعضاء الأخرى، فضيق شرايين الكلى يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم وفشل كلوي، وضيق شرايين المخ يحدث تدهوراً بوظائف المخ تدريجياً وتضعف الذاكرة تدريجياً للأحداث القريبة وتظل قوية للأحداث البعيدة ويفقد الإنسان القدرة على التكيف مع الظروف المحيطة به، ويظهر عدم التناسب في سلوكه واضحاً مع رد الفعل المطلوب والمناسب، ويحدث تغير في عواطفه وفي شخصيته ويدخل في حالة العته الشيخوخي ويعيش في الماضي ويرفض التغيير والتكيف مع الحياة الحديثة.

وهناك أيضاً شيخوخة الرئتين والعين والسمع.. وأجهزة الجسم الأخرى وليست الشيخوخة متعلقة بالسن وحده فهناك ما يسمى بشيخوخة الأطفال وشيخوخة الأطفال مرض نادر، ويكون الطفل طبيعياً بعد ولادته ولكن يبطئ نموه البدني بعد السنة من عمره حتى يصير نحيل الجسم قزماً إلا أن ملامح وجهه تنم على كبر السن ويدب الصلع في الرأس بعد خمس سنوات وتبدو العينان جاحظتين ويضمر الجلد وتقل طبقة الدهن تحته فيترهل ويتأخر ظهور الأسنان.

أما العظام فهي مثل عظام المسنين هشة وضعيفة وتعاني مفاصل الطفل من شيخوخة المفاصل وتتصلب الشرايين في جسده وقد تحدث له ذبحات صدرية وجلطات بالقلب في سن دون العاشرة غالباً، ويموت هؤلاء الشيوخ من الأطفال قبل سن العشرين.

هل تشيخ نفسية الإنسان:

يشيخ الجسم ولكن لا تشيخ النفس، ولكن الإنسان في الشيخوخة يشعر بمتع أخرى لم تكن تستهويه من قبل، ويصير أكثر نضجاً وتعقلاً، ولا يستجيب لاندفاعات الشباب وحماسه غير المبني على مبرر معقول، ويصير أكثر حرصاً على المال وأكثر ميلاً إلى البخل، وأكثر تؤدة في التفكير، وأقل اندفاعاً في تصرفاته، وأكثر رؤية، وأبعد نظراً، وكثير من المسنين تزداد فيهم هذه الميول إلى درجة هي أقرب إلى البخل من الحرص على المال وأقرب إلى العجز من الرؤية، وأقرب إلى الجبن من بعد النظر والاتزان في التفكير.

ويكبر الإنسان في السن ويكبر حرصه على المال والولد وهما زينة الحياة الدنيا، ويكبر معهم حب الدنيا وطول الأمل في الحياة حتى أن الأمل يسبق العمر بكثير، إذن الجسم يشيخ ولكن النفس لا تشيخ.. وهذا قصارى ما وصل إليه علماء النفس في هذا الموضوع إلا أن رسول الله ﷺ أخبرنا عن أسرار النفس البشرية في الشيخوخة، فقد روى البخاري عن أبي هريرة ﷺ أن رسول الله ﷺ قال: (لا يزال قلب الكبير شاباً في اثنتين: حب الدنيا وطول الأمل).

ونتوقف عند قوله ﷺ حب الدنيا: ونفكر فنجد أن متع الإنسان في شيخوخته تختلف تبعاً لميوله ودرجة الإيمان والتقوى فيه.. فالإنسان المؤمن يحب في الدنيا أن يقضي أيامه في الصلاة والعبادة والتقرب إلى الله تعالى.. وغير المؤمن في شيخوخته يود أن يقضي ما بقي له في الدنيا من أيام في جمع المال والحصول على متع الدنيا التي تستهويه، لذلك ذكر الحديث النبوي كلمة (حب الدنيا) مطلقة ليتسع التعبير اللغوي لكل الاتجاهات النفسية للإنسان في شيخوخته.

الفصل الرابع

النظريات الحديثة في تفسير أسباب الشيخوخة

هل تعرف لماذا تهرم أجسامنا؟Do you know why our bodies age?

تعرف الشيخوخة أو الهرم، في علم الأحياء Biology، بأنها تغييرات غير طبيعية تراكمية في جسم الكائن الحي تنتاب جميع أعضائه، وأنسجته، وخلاياه، وتؤدي تلك التغيرات الباثولوجية إلى نقص في القدرة الوظيفية للخلايا المتخصصة خصوصاً تلك الخلايا المولدة للخلايا الجديدة والمسؤولة عن تجديد الأنسجة وتعويض ما يفقد منها من خلايا وإصلاح الأجزاء التالفة منها بامتلاكها خاصية الانقسام الخلوي المستمر الذي يتباطأ تدريجياً إلى أن يتوقف نهائياً في نهاية مرحلة الشيخوخة من العمر.

كما ينحدر في بعض الخلايا المتخصصة معدل إنتاج العناصر البيولوجية والفسيولوجية اللازمة لاستمرار النشاطات والعمليات الحيوية التي تسير حياة الجسم، وفي البشر، ترتبط الشيخوخة بتغييرات انحلالية ضمورية في الجلد والعظام والقلب والأوعية الدموية والرئتين والأعصاب والأعضاء والأنسجة الأخرى.

لقد وضع علماء الأحياء عدة نظريات لتفسير الآليات التي تؤدي إلى الشيخوخة، معظمها يعتمد على أن هذه التغيرات التراكمية، غير الفسيولوجية، والتي تؤدي إلى الهرم مبنية على أساس وجود جينات هرم (شيخوخة) Aging Genes تبرمج حياة ونشاطات كل خلية في جسم الكائن الحي.

وقد فرضت هذه النظرية بناء على ملاحظة الفارق الكبير في مدى أعمار الكائنات الحية المختلفة التي تعيشها حتى تموت ويتراوح ذلك المدى لفترة العيش lifespan: من بضعة أيام كما في ذبابة الفاكهة إلى أكثر من ١٠٠ سنة كما في بعض السلاحف، ووجدت أنوع من السلاحف النهرية يمكن أن تعيش أكثر من ٥٠٠ سنة، وحتى في الجنس الواحد وفي الفصيلة الواحدة يختلف العمر من فرد إلى آخر حسب

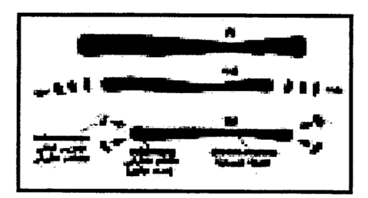
الجينات المحددة لفترة الحياة التي يكتسبها الفرد من أبويه، فقد يظل شخص متمتعاً بقوته ونضارة بشرته حتى سن التسعين بينما تخور الصحة ويخبو الجمال وتبدل مرونة الجلد ونعومته بالتجاعيد والبقع، ويشتعل الرأس بالشيب في شخص لم يتجاوز الستين من العمر.

وقد قص علينا القرآن الكريم بأن بعض البشر عاشوا طويلاً مثل النبي نوح عليه السلام الذي عاش ألف سنة إلا خمسين: ﴿وَلَقَدْ أَرْسَلْنَا نُوحاً إِلَى قَوْمِهِ فَلَبِثَ فِيهِمْ أَلْفَ سَنَةٍ إِلَّا خَمْسِينَ عَاماً﴾(العنكبوت: من الآية١٤)، ولكل جنس من الكائنات الحية، سواء كان أنساناً أو حيواناً أو نباتاً أو ميكروباً، عمر محدد يعيش فيه ثم يموت، ويختلف مدى الحياة lifespan بين الكائنات الحية المختلفة كما عرفنا، وهل عمر حياة الفيل مثل عمر حياة الخروف، أو عمر الإنسان مثل عمر سلحفاة النهر؟ الجواب، طبعا لا.

أذن ما هو سبب الاختلاف في مدى الأعمار بين الأجناس المختلفة من الكائنات الحية؟ إنه بسبب جينات تحديد العمر أو ما يسمى جينات الشيخوخة.

كان الاعتقاد السائد أن الخلايا الحية المستنبتة معملياً قادرة على الانقسام بلا حدود، ولكن تبين مؤخراً أن قدرتها على الانقسام محدودة، أي أنه بعد عدد محدود من الانقسامات تشيخ المزرعة الخلوية وتموت، ومن هنا ظهر الافتراض بوجود آلية داخل الخلية معنية بالتحكم في العمر عن طريق توقيف الانقسام وإفساح المجال لعمليات الهدم لتميت الخلية، ومن ثم عكف الباحثون على اكتشاف هذه الآلية المفترضة.

ومنذ سنوات يسيرة اكتشف العلماء أن الجزء الأخير Telomere عند نهايتي كل فتيلة وراثية (كروموسوم Chromosome) ينقص طوله مع كل انقسام وتضاعف منظومة صانع البروتين (الحمض النووي DNA)، ووجد أنه يعمل كساعة أو عداد يحسب عدد الانقسامات ويقوم كذلك عند الانقسام بحفظ المادة الوراثية من التبعثر والاندماج الخاطئ، ويسمى الغطاء الطرفي End cap أو عداد التضاعف Replicometer، ويمكن أن يسمى أيضاً عداد الأجل Longevity-meter لأن طوله إذا وصل إلى حد حرج يقف الانقسام وتموت الخلية.



(أ) لا ينقص طول الغطاء الطرفي في الخلايا الجينية الأم والسرطان لأن الإنزيم الباني يعوض ما ينقص منه، (ب) وكلما تقدم العمر ينقص طوله في الخلايا الجسدية لغياب الإنزيم، (ج) وفي الشيخوخة يكون بالغ القصر.

وعلى مستوى الخلية، اكتشف العلماء أخيراً آلية مهمة تبدأ بقدح جينات الشيخوخة لتحثها على العمل والتأثير وهي: أن العمر المحدد للحياة في خلايا الجسم البشري يحدد من قبل تراكيب من مادة الـــ"دي-إن- أيه" DNA (وهي المادة الوراثية في نوى الخلايا) سميت: "التيلوميرات"Telomeres، ترى متوضعة في نهايات الكروموسومات على شكل أغلفة Covers تغطي الجينات المسؤولة عن الهرم Aging، تعمل هذه التيلوميرات بمثابة عدادات مؤقتة لحساب عمر الخلية المعنية، ففي كل مرة تقوم الخلية بعملية انقسام خلوي جديدة أو أي نشاط حيوي جديد، فإن التيلوميرات فيها تصبح أقصر طولاً، حتى يأتي وقت تكون التيلوميرات فيها أقصر ما يمكن فتنكشف جينات تحديد الحياة أو الشيخوخة التي كانت تغطيها وتمنعها من العمل والتأثير، وبهذا تحين مرحلة الشيخوخة أو موت الخلية Senescence of Cells عندما تبدأ جينات الشيخوخة في العمل، أي أن الشيخوخة تتبدى في وقت محدد نتيجة لآليات خلوية معقدة تعمل متزامنة في تناسق عجيب، والخلية الحية محدودة الأجل خاصة في الأنسجة سريعة التجدد، وتقف وظائفها عند حد معين وتذبل وتموت.

وفي بداية الستينيات من القرن الماضي أطلق ويشمان Weismann وكاريل Carrel على توقف تلك الوظائف تعبير شيخوخة الخليةCell senescence، ولم تدرك العلاقة بين شيخوخة الخلية وتناقص طول الغطاء الطرفي إلا مؤخراً خاصة بعد

اكتشاف جريدر Greider وبلاكبورن Blackburn الإنزيم الباني للغطاء الطرفي Telomerase عام ١٩٨٥م.

وكان أول من ربط بين شيخوخة الخلية وفقد جزء من طول الغطاء الطرفي هوارد كوك Howard Cooke عام ١٩٨٦م، فقد وجد أن الخلايا المستنبتة المأخوذة من صغار السن ذات أغطية طرفية أطول وأن مرات انقسامها أكبر من الخلايا المأخوذة من كبار السن.

ونتيجة لاكتشاف العلماء أيضاً خاصية مميزة موجودة في جميع أنواع الخلايا السرطانية، ففي عام ١٩٨٩م اكتشف مورين Morin أن معدل نشاط الإنزيم الباني زائد في الخلايا السرطانية، وهو ما أيد فرضية أولوفنيكوف Olovnikov سابقاً عام ١٩٧١م، من وجوب وجود آلية تخرج انقسام الخلايا السرطانية عن السيطرة، إذ أن هذه الخلايا قادرة على الانقسام السريع المستمر الذي لا يتوقف (الانقسام المخلد) Immortal celullar division بسبب وجود أنزيم، يدعى إنزيم "التيلومريز" Telomerase في خلاياها (ويسمى أيضاً الإنزيم الباني) والذي يحافظ على طول التيلوميرات في الخلايا السرطانية بصورة دائمة نتيجة التصنيع والتجديد المستمر للمواد التي تتركب منها التيلوميرات بواسطة هذا الإنزيم، وزيادة هذا الإنزيم في الخلايا السرطانية دون الخلايا الطبيعية تعوض ما يفقد من طول الغطاء الطرفي بالانقسام فلا يتناقص طوله وبالتالي تنقسم الخلايا السرطانية بلا توقف، وبهذه الطريقة تحافظ الخلايا السرطانية على نفسها من الهرم، بينما وجد العلماء أن معظم خلايا الجسم النشطة والقادرة على الانقسام لا تمتلك مثل هذا الإنزيم ماعدا الخلايا الجذعية Stem Cells في نخاع العظم Bone Marrow التي تظل تنقسم حتى موت الجسم الذي يحويها والخلايا الجذعية جعلها الخالق العظيم المبدع تمتلك هذه الخاصية فلا تهرم أبداً، وفي ذلك حكمة إلهية بالغة فإن الإنسان لا يستطيع العيش بدون خلايا الدم وخلايا المناعة التي تحمي الجسم من الأمراض وتصد عنه غوائل الأعداء.

وزيادة الإنزيم في الخلايا السرطانية قد أيدتها الأبحاث المتوالية منذ عام ١٩٩٤م إلى اليوم، وقد استفاد العلماء من اكتشاف هذه الحقائق العلمية الباهرة وهم

يحاولون اليوم تطبيق استنتاجاتهم من هذه الاكتشافات في مجالات طبية هامة تفيد البشر، مثل: إمكانية القضاء على السرطان بوقف نشاط الإنزيم الباني عن طريق عقار مضاد يوقف عمله أو عمل المورث (الجين) المولد له، وإمكانية تأخير الشيخوخة بتعاطيه كعقار أو التداوي بالمورث المولد له، وإمكانية إعادة الشباب والحيوية والنشاط لخلايا وأنسجة الجسم الهرمةRevitalization of cells وذلك بمحاولة إنتاج مواد تحث إنتاج إنزيم التيلومريز ليحافظ على أو يعيد طول التيلوميرات أو إنتاج نوع من البروتينات التي تستطيع منع النقص في طول التيلوميرات، وكذلك إنتاج نوع من العلاج المناعي أو اللقاح يوجه لتثبيط إنزيم التيلومريز النشط في الخلايا السرطانية فيعجل بنقص طول تيلوميراتها، والذي يؤدي إلى قدح آليات هرمها ويساعد بذلك على إيقاف انقسامها ثم اندثارها والشفاء من شرورها.

واللافت للنظر أن الأغطية الطرفية للفتائل الوراثية قد وجدت قصيرة ابتداء في حالة الإصابة بمرض الشيخوخة المبكر Progeria، بينما وجدت طويلة ابتداء في حالة الخلايا الجنينية الأم Stem cells التي تتولد عنها لاحقاً كافة أنسجة الجسم، وهذا يعطي الأمل للباحثين في استخدامها في عمليات استبدال الأنسجة التالفة كما في حالات تلف خلايا البنكرياس في مرض البول السكري وتلف خلايا المخ في مرض الذهان.

وقد اكتشف العلماء مؤخراً تقنية علمية مثل تقنيات هندسة الجينات، استطاعوا بها مضاعفة مدى فترات الحياة في بعض الكائنات المختبرية الحية مثل الديدان الاسطوانية roundworms وذباب الفاكهة وذلك بتحوير (تغيير) جينات الشيخوخة فيها، كما لاحظ العلماء أن الطفرات الجينية mutant genes التي تحدث في الفئران، تكون سبباً في تأجيل الشيخوخة في هذه الحيوانات المختبرية، وبهذه الملاحظات توصلوا إلى اكتشاف جينات تحديد العمر.

وبالرغم من اكتشاف أهمية التيلوميرات وأثر جينات الشيخوخة في المساهمة في إحداث شيخوخة خلايا جسم الكائن الحي، لكن يجب أن لا نغفل أهمية تأثير العوامل الأخرى، مثل: العوامل البيئية والغذائية والصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية، في تعجيل آليات الهرم أو الشيخوخة أيضاً.

لقد استطاع العلماء تأجيل الشيخوخة بشكل كبير في الفئران المختبرية بإعطائهم حميات غذائية موزونة وقليلة السعرات الحرارية وغنية بمضادات التأكسد Antioxidants، وكررت نفس التجربة في قرود الريص فأعطت نفس النتائج كما في الفئران.

ويعتقد العلماء بأن هذا النوع من الحميات الغذائية الموزونة والتي تحتوي على عناصر غذائية هامة تبطئ من عمل آليات الهرم أو الشيخوخة وذلك بتخليص أجسامها من مواد كيميائية ضارة تدعى الجذيرات الكيميائية الحرة Free Radicals التي تتولد وتتراكم في الخلايا والأنسجة نتيجة لعمليات الأيض (التمثيل الغذائي) Metabolic Processes المستمرة، وقد وجد العلماء أن مثل هذه المواد الضارة المتراكمة إذا لم يتم إزالتها من الخلايا والأنسجة فإنها تحدث أضراراً سامة وأتلافاً تراكمية تؤدي إلى بطأ نشاطات الخلايا الموجودة فيها تدريجياً إلى أن تتوقف عن العمل فتهرم أو تموت أو تتحول إلى خلايا سرطانية.

نعم، ربما بالغذاء الصحي الموزون الذي يحتوي على كميات وافرة من مضادات التأكسد والفيتامينات والمعادن التي تصون الخلايا وتحميها من الملوثات والسموم، وبتناول العناصر الغذائية طازجة غير محفوظة في حوافظ كيميائية وغير ملوثة بالمبيدات الحشرية السامة للخلايا وبممارسة الرياضة في الهواء الطلق.

وكذلك بالابتعاد عن المنكدات النفسية وبإتباع تقنيات الاسترخاء الجسدي، وبتدريب أنفسنا أن نعيش طبيعيين بسطاء تاركين تعقيدات الحياة والجري المضني لكسب المزيد من ماديات الحياة، طارحين كل ما يضغط على نفسياتنا ويوتر أعصابنا من أحقاد وحسد وغيرة ونميمة ونفاق وغرائز بهيمية، متنبهين لضرورة ما يحتاجه الجسم من غذاء روحي يسمو بنا إلى العلى، ويبعث في نفوسنا البهجة والسعادة والهناء ومدعمين ذلك كله بطاعة أوامر خالقنا العظيم الذي أودع لنا تشريعاته الحكيمة في جميع أوجه حياتنا ليحمينا من المزالق والضياع والأضرار، فما تحريمه شرب الخمر ولعب الميسر وأكل لحم الخنزير وممارسة الزنا إلا لفوائد جمة تجنيها أجسادنا ولنحافظ عليها.

وقد أكتشف الماديون بأنفسهم سر هذا التحريم الإلهي لبعض الأمور، فقد اكتشفوا مثلاً أن الإدمان على شرب الخمور يرهق خلايا الجسد ويعجل بشيخوختها، هذا بالإضافة إلى أتلافه خلايا عضو هام وغال في الجسد، ألا وهو الكبد.

وما المرطبات والمغذيات للجلد والشعر والواقيات من الأشعة واللهب إلا محاولة من المختصين للمحافظة على نعومة الجلد ونضارة الشعر وصيانة لمظهر الشبابية، ولكن لن يكون الحل جذرياً وأكيداً إلا بمنع اشتعال جينات الهرم، فهل سيتوصل العلماء إلى ذلك؟.

وأحدث الاكتشافات حتى الآن هو التعرف على زوج من الجينات البشرية مهمتهما تثبيط إنتاج الإنزيم الباني والتمهيد للشيخوخة، ومحاولة لاستخدام الإنزيم مؤشراً Marker لاكتشاف السرطان مبكراً، وفي عام ١٩٩٨م أعلن بودنار Bodnar عن نجاحه في تأجيل شيخوخة مزرعة خلوية بشرية بمدها بالإنزيم الباني Telomerase، وفي عام (٢٠٠١م) حاول شاي Shay فتح باب استخدام مثبطات الإنزيم الباني للغطاء الطرفي لوقف النشاط السرطاني.

ومن المؤكد أن أي علاج يؤخر الشيخوخة سيعمل ضمناً على إطالة الحياة، على الرغم من أن قليلاً من العلماء يبدون راغبين في قبول أن فكرة إطالة الحياة لها أولوية في حد ذاتها.

لقد أصبح عدد من العلماء، أكثر ثقة من أن الفهم الكامل للشيخوخة بات وشيكاً، فيقول روز[1]: (لقد رأينا مدى سهولة تأخير الشيخوخة في الثمانينات فقط وهذا ما يجعل المجال الآن مثيراً جداً- إننا نعمل بمسائل يمكن تطبيقها، وفي الحقيقة كانت معظم البيانات المتاحة إلى عهد قريب جداً، أي منذ خمسة عشر عاماً، وصفية، وكان الاستثناء الملحوظ هو الدليل على أن التقييد الشعري (الحراري) Calori restriction يمكن أن يزيد من أعمال القوارض وكثير من الحيوانات الأخرى، (أما كيف يعمل التقييد الغذائي Diet restriction فمازال أمراً غير واضح).

(1) وهو من علماء البيولوجيا التطورية في جامعة كاليفورنيا بمدينة إيرفن.

وكانت نظريات الشيخوخة كثيرة شائعة، فإما أن الشيخوخة تنجم عن برمجة للوفاة ذات طبيعة وراثية صارمة، أو عن طريق التلف العشوائي للدي أن أيه (D.N.) أو لبعض الإنزيمات المهمة اللازمة لاستمرار الجسم في عمله، كما قد تنجم عن التغيرات في مستوى الهرمونات، أو عن تراجع نشاط جهاز المناعة، أو عن النشاط الدؤوب للجزيئات ذات الفعالية العالية والمتميزة بقدرتها التدميرية الكامنة، وتسمى الأشقاق طليقة الأوكسجين (الجذور حرة الأوكسجين) Oxygen free radicals.

إن هذا الحشد من الآراء دفع A كومفورت، وهو من الرواد في هذا المجال، إلى أن يكتب في عام ١٩٧٩ أن "دراسة الشيخوخة... قد أصابتها النظريات طيلة تاريخها بغموض مخرب"، وحتى اليوم مازال إجماع الآراء بعيد المنال، ولكن الباحثين يتفقون، على وجه العموم، على أنه ليس هناك سبب واحد للشيخوخة.

ويشير كثير من الأدلة إلى العديد من العمليات المتوازية، والمتأثرة غالباً، والتي يقع كثير منها تحت سيطرة الوراثة، والتي تتضافر لضمان حدوث التداعي النهائي.

النظرية التطورية الأساسية:

يتفق عدد من الباحثين، بمن فيهم العالم روز، على أن فهم العلة في نشوء الشيخوخة شروط ينبغي أن يسبق تحققه كشف الأسس الفيزيولوجية للشيخوخة، ويقول هؤلاء الباحثون إن نظرية التطور تقدم إطاراً ضرورياً لمعرفة كيف يعمل الجسم وكيف يتوقف عن العمل- ولتعرف الجينات المعنية بالتحكم في مدة الحياة (العمر) life spa.

ويقول روز عن البحوث في الشيخوخة بوجه عام: (إن الكيمياء الحيوية لها دور قيم فيما نقوم به من عمل، ولكنها لا تقدم أساساً فكرياً).

وتقول النظرية التطورية الأساسية بأن أكثر الأفراد لياقة- أي الذين يؤهلهم خليطهم الخاص من الآليلات (البدائل) Alleles، أو الجينات المغايرة لأن يكونوا أصلح للبقاء والإنجاب في بيئتهم- هم القادرون على إحداث أعظم الأثر في المعين الجيني

Gene pool للأجيال القادمة، وسوف يتم اصطفاء Selection التغيرات الوراثية التي تقوي اللياقة (الصلاحية) Finese (كتلك التي تعمل على تمكين الفرد من أن يكون أسرع فراراً من الخطر) ومن ثم تستبقى لتصبح شائعة بعد بضعة أجيال، وتنتخب هذه السمات الوراثية لأن من المحتمل أكثر بقاء حامليها ووفرة ذراريهم، وبذا يسهمون بأعداد كبيرة من أبنائهم للجيل التالي.

وبالمثل، سوف يستبعد الاصطفاء الطبيعي الطفرات التي تؤدي إلى الموت الحتمي قبل أن يتم النضج الجنسي، وهكذا لن يخلف الأفراد المصابون بتلك الطفرات المميتة ذرية تنقلها للأجيال التالية.

ومنذ أواخر العقد الأول من القرن التاسع عشر، أخذ الكثير من العلماء يؤيدون فكرة أن الشيخوخة تولدت من أن التخلص من الكبار يزيد لياقة الأفراد الصغار، ربما عن طريق تقليل استنزاف الموارد المتاحة، ويقترح هذا السيناريو أن الشيخوخة مبرمجة (كامنة) في جينات هدفها الأوحد إتلاف الكائن الحي.

ولكن هذا الرأي يفقد الآن مؤيديه، وذلك جزئياً لأن معظم الحيوانات لا تعيش في البرية فترة كافية لكي تعطى الفرصة لتصبح معمرة، وفي أثناء معظم تاريخنا البشري، نحن البشر أيضاً مات منا صغاراً، وفي المتوسط، يتوقع الشخص الذي يولد اليوم في مجتمع صناعي أن يعيش نحو ٧٥ عاماً، في حين كانت الأعمار خلال معظم تاريخنا أقرب إلى الثلاثين أو الأربعين عاماً.

وتقول الفرضيات التطورية البديلة بأن الجينات تتحكم في الشيخوخة ولكن الآليلات غير المرغوب فيها لم تنتخب لهذا الغرض على وجه التحديد، فهذه النظريات تؤكد أن جينات الشيخوخة- التي تسمى أحياناً جيرونتوجينات Gerontogenes أصبحت مستكنة في الكروموسومات (الصبغيات) البشرية لأن الاصطفاء الطبيعي لم يستطع منع انتشارها، فالآليلات المؤذية على وجه التحديد تدوم في نوع من الكائنات إذا لم تكن أثارها الضارة لتظهر إلا بعد بدء التناسل بوقت طويل.

بل الأسوأ من ذلك، كما اقترح في الخمسينات C.G وليامز(من جامعة ولاية نيويورك في ستوني بروك)، أن الآليلات التي تكون مدمرة في الفترة المتأخرة من

الحياة سوف يتم تبينها إذا استطاعت ما أن تظهر تحسناً في اللياقة مهما كان قدره في مستهل الحياة- وهذه ازدواجية تعرف باسم البليوتروبية(التعددية المظهرية) المتعارضة Antagonistic pleiotropy، والجينات التي تحدد التعليمات الخاصة بتخليق هرمونات التناسل يمكن أن تكون من بين تلك المجموعة المخاتلة.

ويفترض S أوستاد (في جامعة هارفارد) أن تزايد احتمال الإصابة بسرطان الثدي مع تقدم العمر عند النساء، قد يكون مثالاً لهذا: فالتعرض طويل المدى للإستروجين الذي تحتاج إليه النساء للخصوبة يمكن أن يجعل نسيج الثدي عرضة للأورام الخبيثة.

وذلك يشبه ما وجده E.C فنش (في جامعة جنوب كاليفورنيا) من أن مجموعة متنوعة من الهرمونات العادية وغيرها من الجزيئات المنظمة قد تضر بالخلايا والأنسجة التي تؤثر فيها، وينظم كل من المهاد التحتاني (ما تحت المهاد) Hypothalamus والغدة النخامية Pituitary gland وظيفة المبيض، ولكنهما يسهمان أيضاً في شيخوخة المبيض في القوارض على الأقل، وفي الوقت نفسه، يبدو أن المبيض ذاته، الذي يبعث بإشارات إلى المهاد التحتاني والغدة النخامية، يسرع من شيخوخة هذين العضوين، ويرى فنش أكثر من ذلك أن الخصائص البليوتروبية هي دليل على أن الشيخوخة تنشأ، إلى حد ما، عن نشاط الجهاز العصبي وجهاز الغدد الصم وعن التأثيرات interactions الحادثة بينهما.

أما الجينات التي تعزز اللياقة المبكرة فليس بالضرورة أن تقوم بتدمير مباشر، في مرحلة متأخرة من الحياة، لكي تسبب التدهور النهائي، وقد اقترح كل من L.B.T كيركوود (من مجلس البحوث الطبي في لندن) وG.R كتلر (من المعهد القومي للشيخوخة) أن طول العمر يحدث لدى جماعة من السكان إذا ما كانت الأجهزة اللازمة لحفظ الجسم لديهم والتي تخضع للتحكم الوراثي، على درجة كافية من الجودة تضمن للكائن أن يحيا ليخلد النوع وإن كانت عاجزة عن الحفاظ على الجسم إلى الأبد.

نظرية الجسد المستهلك:

يعتقد كيركوود أن معظم الحيوانات لم تنظم أنظمة حفظ تضمن عدم الفناء، لأن هذا يبدد الطاقة التي يمكن أن توجه بشكل أفضل للتكاثر، وحيث إن المخاطر البيئية يمكن أن تقتل الأفراد خلال فترة معقولة يمكن التنبؤ بها، فإن النوع يجب أن يستثمر طاقات في أنظمة حماية تضمن له حيوية الشباب لهذه المدة المتوقعة وليس أكثر من ذلك، أما باقي مخزون طاقة الكائن فيمكن أن يستغل في زيادة خصوبته.

وعلى نحو ما يحدث في الصناعة من استثمار القليل في إطالة عمر المنتجات التي لن تستخدم إلا لمدة محدودة، يسمي كيركوود نموذجه نظرية الجسد (السوما) المستغنى عنه Disposable soma theory، ألا أن في هذه الحالة فإن الخلايا الجسدية Somatic cells وهي خلايا الجسم غير التناسلية- هي التي يمكن في النهاية أن تستهلك، وعلى نقيض ذلك، فإن نسبة من الخلايا الجرثومية Germ cells لابد أن تحتفظ بالقدرة على إصلاح نفسها على أفضل وجه وإلا ففي النوع.

ويقدر كيركوود أن ما قام به الإنسان من استثمارات في حماية الجسد يقدم قدرة دفاعية كافية لتأكيد القوة والحيوية ربما لأربعين عاماً، وهي المدة التي كان من المتوقع لنا أن نعيشها خلال معظم تاريخنا التطوري- وسوف يشمل ذلك الاستثمار بعض القدرة التدعيمية، في حالة التلف العرضي ومن المفترض، أننا نقاوم خلال منتصف الحياة وأواخرها بالاعتماد على احتياطياتنا وباستنفاد هذا المعين المؤازر تدريجياً نفقد القدرة على الاستجابة للضغوط البيئية، ثم نموت في النهاية.

وتقدم نظرية الجسد المستهلك دعماً للافتراضات القائلة بأن الشيخوخة تنتج من تلف تسببه الجزيئات الناتجة في مسار الحياة الطبيعي، شاملة الأشقاق (الجذور) Radicals طليقة الأوكسجين، وفكرة أن الأشقاق طليقة الأوكسجين تلعب دوراً في الشيخوخة قدمها في منتصف الخمسينات د. هارمان من جامعة نبراسكا، فكثير من التفاعلات البيولوجية يولد أشقاقاً طليقة ولما كانت هذه الأشقاق تحمل إلكتروناً منفرداً (أي غير مزدوج) فإنها تستطيع أن تؤكسد الدي أن أيه (DNA) والبروتينات والليبيدات وجزيئات أخرى في كل أنحاء الجسم، ومن ثم تتلفها.

وهي تستطيع أيضاً أن تنتج مزيداً من الأشقاق والمؤكسدات ذات القرابة بها، مثل فوق أوكسيد الهيدروجين، وبالتالي تحفز سلاسل طويلة من النشاط التدميري، وقد اقترح هارمان أن تجمع التلف التأكسدي اللاعكوس Irreversible في خلايا الجسم وأنسجته قد يسبب الشيخوخة.

ويتسع مفهوم الجسد المستهلك ليشمل اقتراح A سيرامي بأن الكلوكوز، مصدر الوقود الرئيسي لجسم الإنسان، يعتبر عاملاً رئيسياً آخر في الشيخوخة، وقد أوضح سيرامي الذي يعمل حالياً في معهد بيكاور Picower للبحوث الطبية في نيويورك أن الكلوكوز يغير ببطء البروتينات طويلة الأجل- مثل الكولاجين فيجعلها تترابط بوصلات مستعرضة، فيقيد حركتها وهو يدعو إلى أن هذه الكليكوسيلية Glycosylation (أي ارتباط الكلوكوز بالبروتينات) قد يكون لها دور في التيبس الذي يعتري النسيج الضام وعضلة القلب مع مرور الوقت.

وتبعاً لنموذج الجسد المستهلك، فإن هذه العمليات وعمليات البلى الأخرى يمكن أن تشارك جميعها في الشيخوخة إذا فاقت معدلاتها قدرة نظمنا للحماية والإصلاح الخاصة بمكافحتها، ولكن المحك الحقيقي لهذا الرأي وللفرضيات التطورية الأخرى يكمن في تعزف الجينات، وربما المئات منها، التي تتحكم فعلاً في الجزيئات التي تحول دون الشيخوخة أو تعجل بحدوثها، وتنشغل مختبرات كثيرة الآن في محاولة عزل (استفراد) بعض من أبعد تلك الجينات أثراً.

الدلائل الوراثية:

قابل كثير من الباحثين- ومن بينهم روز وجازونسكي و E.T. جونسون- (من جامعة كولورادو)- هذا التحدي بالبحث عن الجينات التي يمكن أن تطيل العمر في الكائنات البسيطة نسبياً ويقول روز (إن الشيخوخة تعد لغزاً لا يمكنك فهمه إلا إذا استطعت مقارنة شيخوخة عادية بأخرى مؤجلة، فإن هذا سوف ينبئك بما تفتقده الحيوانات العادية، أما بالنسبة للبشر فإنك لا تجد مجموعات ضابطة).

وبعد أن كون الباحث روز ذباب فاكهة شديد التحمل، قارن هو وزملاؤه بين البروتينات التي صنعتها حشرات التجارب والحشرات العادية، وتوصل إلى وجود اختلاف واضح ينتهي إلى أن كثيراً من الذباب طويل العمر ينتج نسخة ذات نشاط يفوق المعتاد من إنزيم ديسميوتاز السوبر أوكسيد superoxide dismutase المضاد للأكسدة.

ويعني هذا أن هذه الحشرات تحوز صورة مغايرة من الجين الخاص بالإنزيم العادي، وبتخصيص أكثر، إنها أنتجت صورة ذات كفاءة عالية من الإنزيم نفسه الذي يوجد في سايتوبلازم الخلايا، وفي ذباب الفاكهة، كما في الإنسان والكائنات الأخرى، تعمل إنزيمات ديسميوتازات السوبر أوكسيد على توقي التلف الذي تسببه الأكسدة وذلك بالمساعدة في معادلة شق (جذر) طليق خطر يسمى السوبر أوكسيد (الأوكسيد الفائق).

ويدل هذا التباين الوراثي على أن أحد أسباب الشيخوخة السريعة لذبابة الفاكهة العادية هو أن دفاعاتها المضادة للشق الطليق ليست بفاعلية دفاعات الحشرات التي قاموا بتربيتها لهذا الغرض.

وبالطبع، من المؤكد أن النسخة المغايرة من إنزيم ديسميوتاز السوبر أوكسيد التي أنتجتها ذبابة الفاكهة، ليست إلا عاملاً واحداً من العوامل الكثيرة التي تؤثر في سرعة شيخوخة ذلك الذباب، فعلى سبيل المثال، وجد روز وL.J كريفز ومعاونوهما (في إيرفن) أن الذباب طويل العمر أكثر مقاومة للتجويع لأنه يختزن دهناً أكثر (وقد ذكر روز أن هذه الحشرات من القوة بمكان حتى أنها تنظر الدهن في كل الاتجاهات عند لمسها ولو بخفة)، والذباب أيضاً غير معرض للجفاف بدرجة كبيرة، ويرجع ذلك جزئياً إلى أنه يختزن كمية كبيرة من مادة الكلايكوجين (النشا الحيواني).

ويرى روز، أن العمل على حشرة الدروسوفيلا تجربة مشجعة لإجراء الشيء نفسه على الفئران، فإذا استطاعوا إنتاج فئران- طويلة العمر، يمكنهم اكتشاف جينات نوعية وإنزيمات وعمليات خلوية لها دور في إطالة العمر (ولما كانت الفئران من الثدييات فإنها من الناحية الوراثية أقرب من ذبابة الفاكهة إلى الإنسان، ومن ثم فهي جديرة بأن يكون لديها الكثير مما تكشف عنه حول كيف يشيخ البشر، والأرجح أن تكون البحوث في الفئران أكثر زخراً بالمعلومات).

وقد خرجت نتائج تتعلق بعمل روز من مختبر جونسون في كولورادو، حيث نجح جونسون وزملاؤه في استخدام التربية بالاصطفاء للحصول على صور مختارة (طويلة العمر) من دودة دقيقة تعيش في التربة تسمى سينورابديتس إلكانز Caenorhobditis elegans، وقد نجحوا أيضاً في إطالة عمر هذا النوع وذلك بإحداث طفرات وراثية عشوائية.

ويحاول فريق جونسون كما تفعل مجموعة روز، تعرف الجينات التي عبرت عن نفسها تعبيراً متبايناً في المجموعة طويلة العمر والمجموعة العادية (أي أنها انتسخت Transcribed بطريقة متباينة من الدنا (D.N.A) إلى الرنا المرسال (Messenger RNA) الذي ترجم بعد ذلك إلى بروتين، وفي عام ١٩٨٨ قرر جونسون أن طفرة لجين واحد، أسماه oge-1 يمكن أن تزيد متوسط العمر للدودة C. elegans بنحو ٧٠%، ومن المدهش أن تلك الديدان الطافرة تنتج مستويات عالية من مضادات المؤكسدات Antioxidants كل من الإنزيم السايتوبلازمي ديسميوتاز السوبر أوكسيد وإنزيم كاتالاز Catalasc وهي أكثر مقاومة للآثار السامة لمادة باراكوات paraquat، التي هي مبيد عشبي يتسبب في تولد شق، السوبر أوكسيد (الأكسيد الفائق).

ويبدو أن الطفرة في الجين oge-1 تؤدي إلى تثبيط ذلك الجين وهذا يعني أن البروتين الذي يكون له ما عاد يصنع، فإذا أدى استبعاد البروتين إلى زيادة إنتاج مضادات المؤكسدات فإنه من الجائز أن البروتين العادي يثبط إنتاج هذه المواد.

ولكن لماذا يتعمد كائن ما تثبيط اصطناع مثل هذه المركبات المهمة؟ يقول جونسون "لا أعتقد أن هدفه هو قتل الدودة عند عمر معين" بل إنه، خلافاً لذلك، يخمن في أن التثبيط قد يكون تأثيراً غير مرغوب فيه لوظيفة مهمة أخرى لم تكتشف بعد، وبعبارة أخرى، ربما تكون البليوتروبية المتعارضة هي التي تعمل.

ويخطط جونسون بأنه فور قيامه باستنسال cloning الجين oge-1 وهو يأمل تحقيق ذلك عاجلاً- سيبحث عن نظيره في الفئران، فإذا كانت لدى الفئران قطعة مماثلة من الدنا (D.N.A.) فإن جونسون قد يكون في أثر جين معين ربما له أيضاً دور في شيخوخة الإنسان.

وجونسون متأثر بسطر بعينه من رواية "هكذا تكلم زاراثوستر" Thus Spoke Zarathustra لكاتبها فريدريك نيتشه يقول فيه: "لقد شققت طريقك من الدودة إلى الإنسان وكثير مما فيك مازال دودة" وكان يأمل أن تمتد ملاحظات نيتشه حرفياً إلى وراثيات الشيخوخة، وإن كان متأكداً من أن أسباب الشيخوخة في الدودة C. elegans قد تكون (مختلفة تماماً عن تلك التي في الإنسان).

ولما كان جازونسكي مدركاً أن لدينا العديد من الجينات المشتركة حتى مع كائن أدنى من الدودة من الكائنات وحيدة الخلية فقد ركز انتباهه على خميرة الخبز (Sacchamyces cerevisiae)، وقد تعرف جازونسكي العديد من الجينات التي تطيل عمر الخميرة، وأفضل ما درس من تلك الجينات، الجين المعروف بالحروف LAGI أي جين ضمان طول العمر Longevity ossurance، وهو أكثر نشاطاً في الخلايا اليافعة عنه في الخلايا المتقدمة في العمر، وتحفيز LAGI لمزيد من الفعالية في الخلايا المتقدمة في العمر والتي يكون قد تناقص فيها تعبير الجين، يطيل أعمارها بنحو الثلث، والأهم أن خلايا الخميرة كبيرات السن والتي تحمل الجين فائق النشاط لا تصبح خالدة (كما تفعل الخلايا السرطانية في الكائنات عديدة الخلايا)، فلا يعدو الأمر أنها تحيا حياة اليفوع والشباب مدة أطول.

ولا يعرف جازونسكي وظيفة البروتين المقابل، ومع ذلك فقد اكتشف أن جيناً مماثلاً قد عبر عن نفسه في بعض خلايا الإنسان وهو الآن يعزل الجين البشري ليحدد ما إذا كان يؤثر في عمر أي من الخلايا البشرية، ويعتزم أيضاً أن يزيد من تعبير جينين آخرين من جينات ضمان (تأمين) طول العمر مع LAGI حتى يرى ما إذا كانت التأثيرات المشتركة تراكمية أو متآزرة Synergetic أو ربما مخربة، ويتوقع أن تقيم عدة جينات أخرى، وجد فيها فريقه لا يجعلهم يعتقدون أنها قد تؤثر في طول الأعمار.

اكتشافات جوهرية:

ومع أن وظيفة LAGI مازالت سراً غامضاً، فإن اكتشاف أن إنزيم ديسميوتاز السوبر أوكسيد يؤثر على ما يبدو في إطالة عمر ذباب روز وديدان جونسون- بصورة

مثيرة- مع التحمس المتزايد لنظرية الأشقاق الطليقة لهارمن فقد ذكر جونسون أن النظرية كانت مقبولة منذ ٢٥ عاماً على أنها "فرضية مهمة قد تكون صحيحة" أما الآن فتزايد أعداد الباحثين الذين يؤيدون بصورة جدية احتمال أن تكون الأشقاق الطليقة عاملاً مؤثراً حقاً في الشيخوخة.

وما زال الكثير من الأدلة المؤيدة للأشقاق الطليقة يعتمد بدرجة أكبر على القرائن والمقارنات، لا على تقديم الأدلة الواضحة المؤسسة على ارتباط المؤثرات بآثارها، فمثلاً، إذا كان حدوث تلف بفعل الأشقاق الطليقة لم يتم إصلاحه سبباً من أسباب الشيخوخة فإن الحيوانات ذات معدل الأيض Metabolic rate العالي- أي التي تقوم بحرق الأوكسجين بدرجة أسرع نسبياً- ربما تكون أعمارها أقصر من تلك الأنواع التي يكون استهلاكها للأوكسجين أبطأ وعلىَ أي حال، فإن ذوات معدل الأيض الأسرع ستكون أيضاً أسرع إنتاجاً للأشقاق الطليقة.

والواقع، أن معدل الأيض القاعدي (الأساسي) أي عند الراحة- لنوع ما سيتناسب عكسياً مع متوسط عمره، فالفئران، مثلاً، معدل أيضها أعلى من معدل أيض البشر، وهي نادراً ما تعيش أكثر من ثلاث سنوات.

وقد كشف كتلر (من المعهد القومي للشيخوخة) عن سند (دعم) أخر فقد وجد أن أنسجة البشر والأنواع الأخرى طويلة العمر تنتج إنزيم ديسميوتاز السوبر أوكسيد بكمية أكبر على وجه العموم، وهي أكثر مقاومة للأكسدة، ويظن كتلر أن البشر يعمرون جزئياً بسبب أن حمايتهم المتميزة من الأكسدة ليست مع ذلك بكافية لحمايتهم إلى الأبد، ويظن أيضاً أن الجزيئات المؤكسجة Oxygenated المتفاعلة تسهم في كثير من الاضطرابات الشائعة في أثناء الشيخوخة، وتشمل تصلب الشرايين والسرطان والتهاب المفاصل.. إلى الدهون المؤكسدة، والتي من المعروف أنها تتراكم في الخلايا التي اعترتها الشيخوخة، لها دخل في العديد من الأمراض.

ويأتي أكثر البيانات إقناعاً من دراسات الدنا (D.N.A.) والبروتين وإلى عهد قريب، كان هناك برهان غير قوي بشكل كاف على أن الدنا (D.N.A.) يعتريه، بمضي الوقت تلف غير قابل للإصلاح، فمثلاً، معظم الجينات النووية التي درست تؤدي إلى صنع بروتينات لها تتابعات صحيحة من الأحمال الأمينية، ويقول N.M.

(من جامعة كاليفورنيا في بركلي): (إن الجينات تفعل ذلك على الرغم من أن الدنا (D.N.A.) في كل خلية بشرية يتعرض كل يوم لنحو عشرة آلاف "ضربة" أكسدة، ولكن الدراسات الخاصة بدنا (D.N.A.) المايتوكوندريا Mitocondrial DNA تدل على أن تلف الجينات غير القابل للإصلاح يحدث فعلاً- على الأقل في المايتوكوندريا، وهي العضيات التي تعمل كمحطات قوى خلوية).

وقد بدأ الباحثون في فحص دنا (D.N.A.) المايتوكوندريا (الذي يحدد نوعية نحو اثني عشر بروتيناً لازماً وقيام المايتوكوندريا بوظائفها)، دفعهم جزئياً إلى ذلك ما لوحظ من أن قدرة العضيات على توليد الطاقة تقل مع تقدم العمر، فقد ساورهم الشك في أن هجوم الأشقاق الطليقة على الدنا (D.N.A.) يمكن أن يكون سبباً، لأن المايتوكوندريا تعد المصدر الأكبر للأشقاق الطليقة في الجسم، ولأن دنا (D.N.A.) المايتوكوندريا على وجه الخصوص قابل للتلف التأكسدي، والواقع، إن معدل أكسدة الدنا في المايتوكوندريا أكثر منه في النواة، وتكون المادة الوراثية على الأخص معرضة للتلف لأنه توزعها البروتينات الهستونية التي ترتبط بالدنا النووي (دنا النواة) وتحميه، هذا فضلاً عن أن الجينات الخاصة بالمايتوكوندريا، لا تحظى إلا بحد أدنى من حماية الإنزيمات التي وجد A.J.K ديفيز (من كلية الباني الطبية) حديثاً، أنها تجذ القطع المؤكسدة من الدنا في نواة الخلية، وتحل مكانها قطعاً جديدة.

وقد أبرزت هذه الملاحظات احتمال أن الهجوم المؤكسد الذي لا يدين على دنا المايتوكوندريا يمكن أن يتدخل تدخلاً بطيئاً في وظائف المايتوكوندريا لدى الأسوياء المتقدمين في السن، وعندما تضار كمية كافية من العضيات ضرراً شديداً تصبح الخلايا التي تحويها بحاجة ماسة إلى الطاقة وعندما يتلف عدد كاف من الخلايا في عضو ما، تضمحل وظيفته.

ويتفق مع هذا المشهد (السيناريو) ما أفاد به .A.G كورتوباسي و .N أرنهيم (من جامعة جنوب كاليفورنيا) عام ١٩٩٠ من أن دنا المايتوكوندريا في خلايا القلب والمخ في كبار السن يحمل عيباً لا يوجد في الأنسجة الجنينية، وطبقاً لرأي .C.D والاس (من مدرسة إيموري الجامعية الطبية)، يبدو محتملاً أن عدداً يعتد به من جزيئات دنا المايتوكوندريا قد تكون تالفة في كبار السن، ويخمن والاس أيضاً أن بعض

الأمراض المزمنة الشائعة في السن المتقدمة قد تكون متعلقة بالفشل المايتوكوندري ويشمل أمراض الداء السكري المتأخر وباركنسن والزهايمر.

وفي أواخر الثمانينات، استطاع الباحثون تطوير تقنية قياس مجموعات الكربونيل وهي نتاج عادي لأكسدة البروتين، وقد أظهرت القياسات بعد ذلك أن كمية البروتينات المؤكسدة في مختلف أنواع خلايا "الإنسان تزداد باطراد ازدياداً أسيا Exponentially مع تقدم عمر المعطي للمادة المفحوصة وقد أمكن أيضاً الحصول على براهين قاطعة من فحص أرومات ليفية Fibroblasts وهي الخلايا التي تنتج الكولاجين وبض مكونات النسيج الضام الأخرى- مأخوذة من مرضى بعلل وراثية نادرة تسبب الشيخوخة المبكرة، قد تبين أن الذين يعانون الشياخ (البروجيريا) progeria ومتلازمة فيرنر Werner's syndrome يظهرون مستويات من مجموعات الكربونيل أعلى كثيراً من تلك الموجودة في الأفراد الأسوياء من العمر نفسه.

وعلى أساس هذه النتائج قدر .R.E ستادتمان (من المعهد الوطني للقلب والرئة والدم) أن ما يبلغ نصف البروتينات- والتي تتضمن الكثير من الإنزيمات- في الأفراد كبار السن، قد تتلف بالأكسدة ومن ثم تصبح عاطلة عن أداء وظائفها، ويضيف ستادتمان إنه يكاد يكون مؤكداً أن هذه الدرجة من الأكسدة تعمل على ظهور الشيخوخة، ويرى أنه من غير المقبول أن نصدق أنه يمكننا أن نفقد ٥٠ في المئة من نشاط أنزيماتنا من دون أن يكون لهذا تأثير ضار في عمليات الأيض.

وفي عام ١٩٩١ قدّم .M.J كارني ومعاونوه (من مركز كنتكي الطبي) أول دليل مباشر على أن هجوم الأشقاق الطليقة على البروتينات يفسد الوظائف الفيزيولوجية فهم قد أظهروا أولاً أن مستوى البروتين المؤكسد في المخ يزداد مع زيادة عمر الجربيل (العضل) getbil، وأن معاملته بالمركب المسمى فينيل بيوتيل نيترون (pheny lbutylnitrone (PBN)) تنقص الأكسدة إلى مستويات الشباب، وبعد ذلك، وفي تجربة لم تتكرر بعد، عالجوا جربيل هرمة بالمركب PBN لمدة أسبوعين.

وقبل المعالجة أجري اختبار على الحيوانات المسنة بوضعها في متاهة فأسفر الاختبار عن ضعف في الذاكرة قصيرة المدىshort- term memory مقارنة

بالحيوانات الأصغر سناً وفي نهاية فترة المعالجة وجد أن الحيوانات المسنة قد أدت اختباراتها في مستوى الحيوانات الأصغر سناً (ولو أن مستوى الأداء قد تدنى بعد ذلك عند عدم الاستمرار في المعالجة).

وقد توصل ستادتمان وآخرون إلى أدلة تثبت أن البروتينات المؤكسدة غير الفعالة تتراكم في الخلايا لأن قدرة الجسم على تحليلها تقل، وقد ذكر ديفيز أنه قد تبين أن نظم إصلاح خلوية أخرى يبدو أنها تفسد بمضي الوقت أو أنها تصير غير قادرة على الاستجابة بقوة لضغوط الأكسدة أما حقيقة ما يوهن إليه الإصلاح فمازالت غير معروفة.

وهكذا تدعم بيانات الأشقاق الطليقة احتمال أننا نشيخ بسبب عدم القدرة على الانسجام تماماً مع البلى بالاستعمال وليس لأن كروموسوماتنا مبرمجة لقتلنا ولكن فكرة وجود برنامج معين يؤدي للوفاة لم توسد الثرى بعد، بل إن أحد الاتجاهات البارزة في البحث يتفق مع هذا الرأي.

شيخوخة الخلايا في المختبر:

يركز البحث في هذا الاتجاه على استقصاءات في مزارع خلايا بشرية، وكان يعتقد في الخمسينات أن الخلايا البشرية القادرة على التكاثر في الجسم تستطيع أن تتناسخ في المزارع الخلوية بلا نهاية، ولو كان هذا صحيحاً لكان يعني أن البشر يشيخون ويموتون ليس بسبب برنامج داخلي لتحلل خلاياهم، ولكن بسبب عمليات تنشأ خارج الخلايا عند مستوى عال من التنظيم الفيزيولوجي.

وقد تداعت هذه المعتقدات عام ١٩٦١ عندما قرر .I هايفليك و .S.P مورهيد (اللذان كانا حينذاك في معهد وستار) أن الأرومات الليفية Fibroblasts، العادية في الإنسان لها عدداً محدداً من المرات التي تنقسم فيها، وبصورة أكثر تحديداً، إنها تنقسم عدداً مقرراً من المرات– نحو ٥٠ مرة – حيث تستطيع تجمعات من الأرومات الليفية المأخوذة من جنين حديث أن تتضاعف.

ومنذ ذلك الوقت تم التأكد عدة مرات من وجود ما يسمى الآن حد هايفليك Hayflick limit، ومن ثم فإن التحليلات في سبب توقف الخلايا البشرية من التكاثر في مزارعها قد تقدم الدليل على انهيار الكائن ككل وبفهمنا لماذا تتوقف الخلايا عن

التكاثر قد يمكننا فهم بعض الأمور عن الشيخوخة، هذا ما قاله R.J. (من كلية بايلور الطبية)، وأضاف: (إني أعتقد بكل تأكيد أنه سيكون الأمر أكثر صعوبة- ربما، على الأقل ألف مرة لفهم الشيخوخة في الفرد السوي من البشر).

واحتمال أن شيخوخة الخلايا في أوعية المختبر تتعلق بشيخوخة الجسم قد اكتسب دعماً من العديد من الاكتشافات، فلقد اتضح أن المقدرة على التضاعف تنحدر باطراد مع سن واهبي الخلايا، وبالمثل، فإن الأرومات الليفية من المرضى الذين ابتلوا بمتلازمة فيرنر لا تستطيع التناسخ عدد مرات تناسخ خلايا مأخوذة من إنسان عادي في السن نفسه، وكذلك فإن كل طرز الخلايا البشرية التي تمت دراستها حتى الآن ذات حدود خاصة لتكاثرها في مزارع الخلايا.

وقد عرف الباحثون في بضع السنوات الأخيرة الجينات التي تتغير تأثيراتها بانتظام مع فقدان الأرومات الليفية في المزارع لقدرتها على التضاعف- تماماً كما هو متوقع فيما لو كان لديها برنامج جيني يؤدي إلى الشيخوخة، ولدى الباحثين برهان على أن جينات في الكروموسومين ١ و٤ تسهم في هذا الفقد لقدرة التضاعف.

كما أن .J كمبيسي (التي تعمل في مختبر لورنس بركلي) قد حددت أن تعطيل الجين c-fos يسبق، بل ومن المحتمل أن يؤثر في الكثير من التغيرات الأخرى التي أمكن تعرفها وعندما يخرس الجين C-fos نهائياً تفشل خلايا الأرومات الليفية في مضاعفة حامضها النووي (الدنا)، ومن ثم تفقد قدرتها على الانقسام.

ويشك سميث في أن الجين c-fos نفسه قد تهدئه في النهاية عملية أولية إلى حد أبعد ويعتقد أن ما يحدث فعلاً هو أن الخلايا تنتج مثبطاً يوقف بداية تخليق الدنا" ويظن أنه قد استنسل cloned الجين الخاص بالمثبط، ولدا فإنه سوف يكون قادراً قريباً جداً، على أن يضع هذه الفكرة موضع الاختبار ولكنه يرى بأن مفهومه هذا هو واحد من تفسيرات كثيرة ممكنة (ونحن لم نصل بعد إلى النقطة التي نستطيع عندها فصل السبب عن الأثر، إذ إن نشاط المثبط قد يكون أثراً ثانوياً لشيء آخر).

وأحد احتمالات هذا (الشيء الآخر) هو قصر القطع الطرفية Telomeres أي الامتدادات الطويلة من الدنا التي تغطي نهايتي كل كروموسوم وتحميهما من التآكل وقد

وجد .B.C هارلي (من جامعة ماك ماستر في أونتاريو) و.W.C كريدر (من مختبر كولد سبرنك هاربور) وزملاؤهما أن طول القطع الطرفية يتناقص باطراد في الخلايا الجسدية التي تتضاعف في الجسم، كما أن خلايا الأرومات الليفية في المزارع تتناقص كذلك في أثناء شيخوختها، وفضلاً عن ذلك فإن حلول القطعة الطرفية ينبئ بقدرة الخلايا على الانقسام أكثر من دلالة سن معطي الخلايا.

ومن المفترض أن القصر يحدث بسبب وجود عيب غريب في الآلية المسؤولة عن تضاعف الدنا في أثناء انقسام الخلية، إنها تزيل جزءاً بسيطاً من كل نهاية في كل نسخة جديدة تصنعها من الدنا.

وتعني هذه النتائج أن القطع الطرفية يمكن اعتبارها الساعة التي تحدد فقد القدرة التكاثرية للخلايا، ومما يثير الاهتمام أن هارلي و كريدر قررا أن طول القطعة الطرفية "يبقى كما هو، بل ربما ازداد زيادة بسيطة في الحيوان المنوي وفي الخلايا المتحولة أو الخالدة التي لا تموت وهذا البقاء قد يساعدنا في تفسير عدم فقد الخلايا الجرثومية السوية أو الخلايا السرطانية قدرتها على التضاعف".

وهكذا نستطيع أن نقيم الحجة على أن الجسم يتحلل عندما يتحتم أن تفقد الأعضاء القدرة على تعويض الخلايا التالفة، ومن ناحية أخرى، يرد النقاد بأن الإنسان لا يموت بسبب كف خلايا الأرومات الليفية عن التضاعف، حيث إن الخلايا عادة ما تنقسم انقسامات عديدة عندما يتعرض "مالكها" إلى الفناء ويشير المتشككون أيضاً إلى أن دراسات شيخوخة التضاعف لا يمكن أن تلقي الكثير من الضوء على العمليات المؤدية لتدهور الخلايا التي لا تنقسم، وأبرزها الخلايا العصبية وخلايا عضلة القلب، فهذه الخلايا تعمل عدة سنوات بصورة تدعو للإعجاب.

ومن بين أولئك النقاد نذكر روز الذي يصف العمل في مزارع الخلايا بأنه (جميل تقنياً) ولكنه يصر على أن الباحثين ما زالوا في الواقع (يديرون مغازلهم) وأنهم يسبرون probing تكاثر الخلية وحدوده على نحو مفيد إلا أنه مازال عليهم أن يبينوا أن نتائجهم تكشف أي شيء حول كيفية شيخوخة الإنسان.

ويضيف روز: "فلو أن علماء الخلية هؤلاء كانوا يكشفون حقاً أي شيء مهم عن شيخوخة الكائنات الحية لكانوا قادرين على استثمار نتائجهم في تأجيل الشيخوخة، ولكنهم لم يفعلوا ذلك قط، بعد مرور ٣٠ عاماً من الدراسة والبحث".

ويظن سميث أن هذه الانتقادات غير عادلة، وهو يقول إن التغيرات الوراثية التي شوهدت في خلايا الأرومات الليفية تمثل وجهاً واحداً فقط من عملية الشيخوخة، ولكن لهذا الوجه الواحد مع ذلك دلالاته الكامنة وهو يقول: "لعل ما يحدث هو وجود مناطق محلية لا تعمل فيها الخلايا بكفاءة ولا يمكن استبدالها"، وهو يستدل على ذلك بخلايا البطانة الداخلية للأوعية الدموية: "إذا فقدت الخلايا البطانية في منطقة صغيرة من الوعاء الدموي قدرتها على التكاثر، ففنيت أو صارت عاجزة عن أداء وظيفتها، فإن هذا قد يؤدي لعمليات تنتهي بتصلب الشرايين"، ويضيف: "أن فقد القدرة على التكاثر يبدو أيضاً أنه مشكلة في جهاز المناعة".

ويتساءل سميث قائلاً: "أنا غير متأكد أننا نموت بسبب شيء واحد محدد، ولكنني أعتقد أن فقد قدرة الخلايا على التكاثر قد يكون عاملاً له سهم مشارك مهم"، ويوافق على ذلك G.V. كريستوفالو (من الكلية الطبية في بنسلفانيا وأحد كبار المدافعين عن الدراسات التي تجري خارج الجسم في المختبر in vitro)، ففي محاضرة له في مؤتمر حديث عن البيولوجيا الجزيئية للشيخوخة، أشار إلى أن الخلايا التي تشيخ في المزارع تبدو مشابهة للخلايا التي تشيخ في الجسم.

وهو يؤكد ذلك قائلاً: "إنه إضافة إلى فقد تلك الخلايا قدرتها التكاثرية تصبح أكبر حجماً وتظهر تغيرات في بنيان نواها، وإنني سوف أكون في موقف صعب، لو أخذت أقيم الحجج على أن الخلايا لا تعمل شيئا عدا أنها تشيخ وفق أي تعريف نعتمده للشيخوخة". والسؤال هو: كيف يمكن للباحثين التوفيق بين النتائج (الخاصة بخلايا الأرومات الليفية مع النظرية التطورية؟

يرى كثير من الباحثين، أن الحد من القدرة التكاثرية قد يكون ناتجاً ليس من برنامج خاص بالموت ولكن كوسيلة للدفاع ضد السرطان وبناء على هذا قد تكون القدرة على التكاثر مثالاً أخر للبيليوتروبية المتعارضة، و(البرنامج) الذي يساعدنا على

مقاومة السرطان يحول في الوقت نفسه دون البقاء، وبالرغم من أن كثيراً من الناس يمرضون بالسرطان فإن المقاومة المستقرة في داخل أجسامنا تجعلنا أقل عرضة للأورام من الكثير من الحيوانات.

البحث عن نظرية موحدة:

على الرغم من التقدم الهائل الذي أحرزه الباحثون في دراساتهم عن الخلايا المزروعة وفي الأشقاق الطليقة وفي الجينات المحددة لطول العمر وفي غيرها من السبل الواعدة، فإن شيخوخة البشر مازالت كصندوق أسود، ومما يزيد الأمر اختلاطاً وغموضاً أن التغيرات المتعلقة بالعمر لا تحدث في الواقع بصورة مطردة، سواء بين الأفراد الذين يختلفون في قابليتهم للإصابة بعلل خاصة وفي تعرضهم للضغوط البيئية) أو بين الخلايا، وكما يقول فنش: (والمغزى الأكبر هو مدى الاصطفائية الملحوظ الذي تبلغه تغيرات عمرية معينة عند المستويات الجزيئية والخلوية والعضوية في أي نوع من الأنواع).

ومع ذلك يعتقد فنش أن الموقف سوف ينجلي عن رؤية واضحة لعملية الشيخوخة، وهو يقول: (أما أنا فحدسي الداخلي أنه في غضون العشرين إلى الثلاثين سنة المقبلة سوف تبدع دراسة آليات الشيخوخة فهماً متنامياً يربط بين المقاربات البيولوجية الطبية المنفصلة عن بعضها حتى حينه).

ومن بين أكثر الأطراف أملاً بعض المستثمرين الذين يدعمون تطوير عقاقير وعلاجات جديدة قد تكون معادلة لينبوع الشباب، أو هي على الأقل في الوقت الحاضر ينابيع جزئية فمثلاً: تستثمر مؤسسات جديدة المركب PBN ومختلف أنواع إنزيم ديسميوتاز السوبر أوكسيد في علاج مختلف الاضطرابات الشائعة عند تقدم السن.

أما ما مدى إطالة العمر بالتعامل العشوائي مع الشيخوخة، فهذا متروك لتخمين أي إنسان، فقد سجل أن جازونسكي، مثلاً، يظن أن أقصى عمر يبلغه إنسان- وهو الآن نحو ١٢٠ سنة- قد يرتفع حتى يبلغ ٤٠٠ سنة ولكنه يظن أنه حتى الشخص الذي يتلقى علاجاً، ولنقل، لثلاثين إلى خمسين سنة من الآن سيزداد عمره على الأرجح، نحو ثلاثين سنة إضافية.

وبالطبع، فإن إطالة العمر حتى ولو كانت إلى هذا الحد، يمكن أن تكون لها آثار (اجتماعية واقتصادية وبيئية) عميقة، ويثير هذا الاحتمال قضية يبدو أنها تلقى في الوقت الحاضر اهتماماً منظماً قليلاً، ألا وهي: هل ينبغي أن تمتد بنا الحياة؟).

وليس بمستغرب أن عددا من قادة الباحثين يعبرون عن تشككهم البالغ في استحسان ذلك، ويقول جونسون: إنه يخطط في تنظيم مناقشة جادة للموضوع، على الرغم من اقتناعه الفطري بأن الناس قد يعاملون الأرض باحترام أكبر لو عرفوا أنهم سيعيشون ليعانوا الآثار الناجمة عن وسائل تلويثهم إياها، ويردد فنش كلمات الآخرين قائلاً: (إننا الآن نعمل هذا فعلاً، بالعناية بنظم غذائنا ومحاولتنا الحفاظ على نشاطنا).

ويقدم لنا روز إجابة مثيرة: (إذا قارنت إطلالة العمر ببناء قنابل أخطر أو بوضع إنسان على القمر أو بأي من الأشياء الكثيرة التي يستطيع العلماء عملها باستخدام المال، فطبعاً سيكون ذلك أعظم كثيراً، وإن لم يكن أفضل من تطعيم جميع أطفال بلدان العالم الثالث).

الأسباب المعجلة للشيخوخة:

الطعام.. والشيخوخة:

لعل من أهم النتائج التي توصلت إليها الأبحاث العلمية الحديثة، هي أن الإسراف في تناول الأطعمة المختلفة، سواء من حيث الكم أو الكيف، هو من أهم العوامل التي تؤدي إلى تدهور صحة الإنسان، وإصابته بالعديد من الأمراض التي تذبل زهرة شبابه، وتصيبه بأعراض الشيخوخة المبكرة.

وقد حث الإسلام على عدم الإسراف في الطعام والشراب، فقال تعالى: ﴿وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا﴾(الأعراف: من الآية٣١)، وفي الحديث المشهور يقول ﷺ : (ما ملأ ابن آدم وعاء شراً من بطنه، بحسب ابن آدم لقيمات يقمن صلبه، فإن كان لابد فاعلاً: فثلث لطعامه، وثلث لشرابه، وثلث لنفسه).

وهذا ما توصلت إليه الدراسات العلمية الحديثة في أن الإقلال من كمية الطعام، ومن كمية الطاقة الزائدة عن احتياجات الجسم، هو في الحقيقة سر صحة الإنسان واحتفاظه بشبابه، وتأخر حدوث الشيخوخة وأمراضها.

الضغوط النفسية والانفعالات تعجل بالشيخوخة:

أثبتت الدراسات العلمية أن التعرض الشديد للانفعالات النفسية والضغوط النفسية هو أحد العوامل التي تعجل بظهور أعراض الشيخوخة، فالتوتر النفسي والاكتئاب يؤثران في الجهاز المناعي عند الإنسان، مما يجعله أكثر عرضة للإصابة بالعديد من الأمراض بدءاً من الأنفلونزا وقرحة المعدة وتشنج القولون وحتى احتمال إصابته بالسرطان.

وقد أشارت الدراسات العلمية إلى أن الانفعالات المزمنة والحرمان العاطفي وعدم قدرة الإنسان على التكيف مع هذه الأمور، هي من العوامل التي تؤدي إلى الإصابة بالسرطان، فوفاة أحد الزوجين بعد ملازمته له لفترة طويلة تزيد من نسبة حدوث أمراض عديدة عند الشريك الباقي على قيد الحياة.

كما وجد الباحثون أن الطلاق أيضاً يؤثر في كفاءة الجهاز المناعي، نتيجة للحالة النفسية السيئة التي تتبعها، خصوصاً بين الزوجين اللذين كانا يحبان بعضهما بعضاً، وبينت الدراسات أن نسبة حدوث الوفيات والأمراض الخطيرة التي تؤدي إليها مثل السرطان والاكتئاب وغيرها تزيد ثلاثة أضعاف عند الأشخاص الذين يعيشون في عزلة عن المجتمع وليس لهم أقارب أو أصدقاء، وهذا ما يحدث عند كثير من المسنين.

يقول أحد الأطباء: (إن الانفعال لا يقتل، لكن الذي يقتل هو عدم المقدرة على التكيف مع أسباب الانفعال، وعدم تقبلنا له)، ومن هنا ندرك سر وصية الرسول عليه السلام، لمن جاءه يقول أوصني يا رسول الله، قال عليه الصلاة والسلام: (لا تغضب)، فكأن الرسول صلى الله عليه وسلم يحذرنا أن الغضب لا يسبّب العديد من المشاكل الآنية فحسب، بل انه سبيل من سبل تدمير أجهزة الجسم.

نتائج بحوث العلماء عن أسباب أمراض الشيخوخة:



العلماء يضعون أيديهم على أسباب أمراض الشيخوخة:

عندما يتوقف عمل الخلايا تبدأ مرحلة الشيخوخة، فقد يكون لجين واحد الدور الرئيسي في ظهور الأمراض المرتبطة بالشيخوخة، كما يقول فريق من العلماء الأمريكيين، ويؤكد الفريق أنه تمكن من تحديد الجين المسؤول عن إصابة الإنسان بأمراض الشيخوخة مثل التهاب المفاصل ومرض الزهايمر وأمراض القلب والسرطان، ويرى الباحثون وهم من جامعة إيلينوي الأمريكية إن الجين الذي أطلقوا عليه اسم بي – ٢١ يحفز عملية تقادم الخلايا مما يؤدي إلى حدوث التغيرات المرتبطة بأمراض تقدم العمر.

ويبدو أن الجين المذكور حسب رأي العلماء يسبب توقف عمل جينات كثيرة أخرى، والوظيفة المعروفة للجين هي وقف الخلايا من الاستمرار في عملية الانقسام بعد عدد محدد من تلك العملية، مما يشكل التطور الطبيعي للشيخوخة.

واكتشف العلماء أن ما سموه تشغيل جين بي – ٢١ يسبب تغيرات عديدة في جينات أخرى، ويعرقل هذا الجين عمل نحو ٤٠ جيناً آخر لها علاقة بانقسام الخلية وتكوّن نواتها، الأمر الذي يؤدي إلى توقف نموها، لكن بعض الجينات تتحفز بنشاط بي – ٢١ مما يؤدي إلى إنتاج بروتينات ذات صلة بأمراض الشيخوخة. ومن بين هذه البروتينات مواد تترسب في أدمغة المصابين بمرض الزهايمر، وهناك جينات يحفزها الجين مادة البحث فتنتج بروتينات وإنزيمات تساهم في التسبب بأمراض القلب وأمراض المفاصل.

ويتوقع الباحثون[1] إمكانية تصنيع عقار لتحوير عمل ذلك الجين مما يكون له أثر على طيف واسع من الأمراض المرتبطة بالعمر. ولا يعني هذا البحث إن العلماء توصلوا لوضع حد لعلاج لأمراض الشيخوخة، لكنه يمثل اكتشافاً مهماً للكيفية التي تبدأ بها وظائف جسم الإنسان بالانهيار مع التقدم في العمر.

محاولات علمية لوقف زحف الشيخوخة إلى الإنسان:

أظهرت عدة أبحاث علمية أجريت مؤخراً بجامعة شيكاغو على (١١) رجلاً تراوحت أعمارهم ما بين (١٧- ٤٧) سنة أن عدم حصولهم على أكثر من (٤) ساعات نوم يومياً قد أدى إلى ظهور أعراض الشيخوخة عليهم كـ (ارتفاع ضغط الدم) و(مرض السكري) و(فقدان الذاكرة) في حين اختفت مثل هذه الأعراض بعد أن حصل عينة من أفراد آخرين على قسط وافر من النوم كان بمعدل لا يقل عن ١٢ ساعة. وفي هذا الصدد اتفق الباحثون أن هذه النتائج تنطبق على المرأة أيضاً، فمن المعلوم أن فترة النوم تجدد فيها الأنسجة الجسمانية لخلاياها.

وفي بحث استكمالي قامت به جهات سويدية، أجريت على (١٢) ألف شخص، تبين أن الأشخاص الذين يمارسون أنشطة ثقافية مثل القراءة، أو الذهاب إلى السينما.. تقل بينهم حالات الوفاة بنسبة (٢٠%) فالتغيير من شأنه تنشيط جهازهم المناعي.

وينصح خبراء التغذية أن يكون الطعام وتوقيتات تناوله وسيلة للاحتفاظ بالنظارة والنشاط، وينصح هؤلاء المرأة في منتصف العمر أن تتناول وجبات طعام صغيرة لا تزيد على (٦) وجبات كحد أقصى بدلاً من (٣) وجبات التقليدية، كما ينصح الباحثون المرأة أن تكون منتجات (فول الصويا) بكمية لا تقل عن ٢٥غم خلال أيام معدودة أسبوعياً لأنها تقلل من أعراض توقف هرمونات الخصوبة لدى المرأة، وقد استند أولئك الباحثون إلى واقع حال النساء اليابانيات بهذا الشأن، بعد أن ثبت أنهن أقل تعرضاً لمثل المشكلات الآنفة عند سن اليأس لأن نظام غذائهن يحوي فول الصويا ومنتجاته.

وهكذا ففي كل يوم يتم اكتشاف سر من أسرار المحافظة على حيوية الإنسان، ولم يعد الزمن ذلك الخصم القوي الذي يهدد سحنة وقوام البشر بوقت يفضل أن لا

---

(1) البحث منشور في مجلة الأكاديمية الوطنية للعلوم.

تهمل نصائح الخبراء أن يكون أداء التمرينات الرياضية، وممارسة إحدى الألعاب الرياضية الملائمة لكل مرحلة عمرية، وسيلة إضافية لا غنى عنها من أجل الظفر بحياة صحية عالية.

الفصل الخامس

تأثير عمر الإنسان في الذاكرة

من ضمن المؤثرات التي تتداخل مع عمل الذاكرة عمر الإنسان حيث أن تدهور الذاكرة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالعمر، ويفقد المخ حوالي غرامين من الخلايا العصبية في السنة بعد بلوغ الإنسان عمر الأربعين وحتى الخامسة والأربعين وتزداد الكمية إلى ثلاثة أو أربعة غرامات بعد سن الخمسين، ويفقد المخ نصف كيلو غرام من وزنه خلال الأعمار ما بين سن الثلاثين وحتى التسعين عاماً.

وكذلك نوعية الدم التي تتوزع في دهاليز المخ ومستويات المواد الكيميائية والمرسلة للإشارات العصبية وشدة النبضات الكهربائية في خلايا المخ تتغير أيضاً مع تقدم العمر، إلا إن الخلايا العصبية الباقية سرعان ما تنتشر لتحل محل الخلايا المفقودة في المخ لتقوم بالاستمرار بعملية الحفظ والتذكر، وتزداد أيضاً استطالة الخلايا العصبية خصوصاً بعد عمر الأربعين والخمسين وفي بداية عمر السبعين.

ومن هذا يبدو إن المخ يمكنه إعادة ترتيب الاتصالات العصبية بصورة طبيعية، إلا إن حدوث بعض الأمراض ومنها مرض الزهايمر يؤدي إلى فقدان الذاكرة بصورة شبه تامة وحدوث الكآبة المزمنة والاضطرابات النفسية، وتشير الدراسات إلى أن ٢٠% من الأشخاص الذين يتجاوزون عمر الثمانين يصابون بمرض الزهايمر.

وظائف المخ والإثراء الحسي وإعادة التعلم بالنسبة للمسن:

يقصد بالإثراء الحسي توفير مناخ منتظم بقدر الإمكان يقدم خلاله نظم المثيرات لتنشيط المخ يحقق للمسن الاستيقاظ خصيصاً التعرض للشمس والهواء والماء مع ممارسة متوازنة لمدخلات الحواس الخمسة، بينما يقصد بإعادة التعلم توفير مناخ استرجاع بعض المهارات والأنشطة الهامة لمقاومة الانطفاء الناتج عن الكف الشرطي وذلك من خلال معرفة كل اهتمامات المسن مما يتيح له كل ما هو جديد ومفيد للغاية.

ويقصد بوظائف المخ كل ما يمكن أن يتم بنشاط البرمجيات المخية التي يتم إدخالها بالتعلم المستمر من وظائف انفعالية ومعرفية.

تأثير الحرمان الحسي على تفكك منظومات المخ:

إن تكرار زيارة المسن أو التأثير عليه بشكل منتظم من خلال الإثراء الحسي يعيد ويقوي سيطرة القشرة المخية على تكوينات ما تحت القشرة المخية ومن ثم التحكم المستمر في الأنشطة غير الإرادية ولما كان إيقاع وظائف المخ الحيوية يدخل في علاقة هرمونية مع الانسجام النسبي للمدخلات الحسية الخمسة فإنه يترتب على عزل المسن عن المثيرات الحسية:

١. إحساس سلبي بالتشوه وانتشار عملية الكف.
٢. يدخل المسن في حالة عدم التركيز والسرحان.
٣. الشعور بالملل والسأم وانخفاض الدافعية واضطراب الاستدلال المنطقي.
٤. تدهور الوظائف الحسية- الحركية.
٥. تفكك الأفعال الانعكاسية الشرطية المتعلمة حتى تصل لمرحلة الاستثارة الداخلية بدون معلومات خارجية فتحدث الهلاوس السمعية.
٦. تفكك وظائف القشرة المخية والعلاقات العصبية الانسيابية فتعمل وظائف المخ بدون انسجام.

تحسين وظائف المخ عن طريق الإثراء الحسي وإعادة التعلم:

تحتاج رعاية المسنين إلى امتزاج المعرفة العلمية من خلال العمل كفريق تتحدد فيه الأدوار بدقة حيث تتفق جميع البحوث على ضرورة بذل الجهد اللائق لتحقيق الرعاية الصحية لهم كدافع للحياة والتوافق الاجتماعي.

وللإثراء الحسي وإعادة التعلم أثره الواضح على تحسين وظائف المخ المعرفية والانفعالية، ومن ثم وجب التفريق بين العمر الجسمي البيولوجي للفرد والعمر الاجتماعي النفسي، ولقد نجح الطب في الوصول إلى علاج مشكلات الشيخوخة الوراثية باعتبار أن العمر البيولوجي للفرد محدد بطبيعة المكونات الجينية دون اعتبار للعوامل النفسية.

وتعرف الشيخوخة السيكولوجية بأنها حالة من الاضمحلال تعتري إمكانات التوافق النفسي والاجتماعي، ويأتي دور علم النفس والتربية في تقديم البرامج التي تعمل على إثراء الأنشطة الحسية الحركية من أجل أن يستشعر المسن معنى الحياة ويقاوم الإحباط.

وسائل تحقيق الإثراء الحسي في برامج الرعاية المتكاملة للمسنين:

١. الأنشطة المرتبطة بالفنون الجميلة: إن الاندماج وممارسة الدقة يمكن المسن من تعلم الأنشطة.
٢. المشاركة في أداء بعض الأعمال الخفيفة مثل بعض عمليات التجميع الخفيفة التي لا تحتاج إلى تركيز ذهني قوي، أو تدقيق في النظر.
٣. الرسم والتصوير والتلوين: يتم تدريب المسن على نماذج مطبوعة ويقومون هم بتلوينها.
٤. الرياضة مع الموسيقى: يؤدي المسن بعض الحركات الرياضية غير الشاقة مع الموسيقى.
٥. مقهى ترفيهي للمسنين خالي من الملوثات يمارس فيه القراءة والحوار.

الإثراء الحسي وإعادة التعلم يضبط الساعة البيولوجية عند المسنين:

إن المخ كعضو ثقافي حضاري اجتماعي يعمل في مناخ العلاقات الهرمونية مع إيقاع الحياة اليومية وهو ما يتولد عنه ضبط الوعي بالعلاقات الزمانية المكانية كمؤشر موضوعي وهام لجودة الحياة بصفة عامة وحياة المسنين بصفة خاصة ونتيجة لذلك تتكون الساعة البيولوجية.

ويقصد بالساعة البيولوجية: ميكانزم داخلي لمتابعة الوقت ذاتي التعليم لينظم الإيقاعات الدورية للكائن الحي ويتم ذلك عن طريق إمداد معلومات زمنية مثل الإحساس باليوم والشهر وفصول السنة.

ولنا أن نرى أن الاستيقاظ من النوم في مدى ثابت نسبياً من الوقت يمثل تنبيهاً شديداً لتنشيط جميع مراكز المخ لكي تستعد للعمل ومن ثم فإن الإكثار من النوم الذي يظهر في حالات الوحدة النفسية يحدث تدهور في الوظائف الحيوية للفرد فالاستيقاظ يعطي إشارة للقشرة المخية لتنشط.

وتوضح العلاقة الهرمونية بين إيقاع المخ والحياة ضرورة أن يتكيف الكائن لكل أحداث البيئة الداخلية والخارجية وكلما احتفظ الإنسان بالانسجام بين إيقاع المنظومة الحسية للحياة وبين استجابة المخ لها بالإثراء الحسي والتعلم المستمر كلما احتفظ بالثبات النسبي لعملية التقدم في العمر، وإن لم يقع هذا الانسجام عند المسن يحدث ارتباك في الساعة البيولوجية.

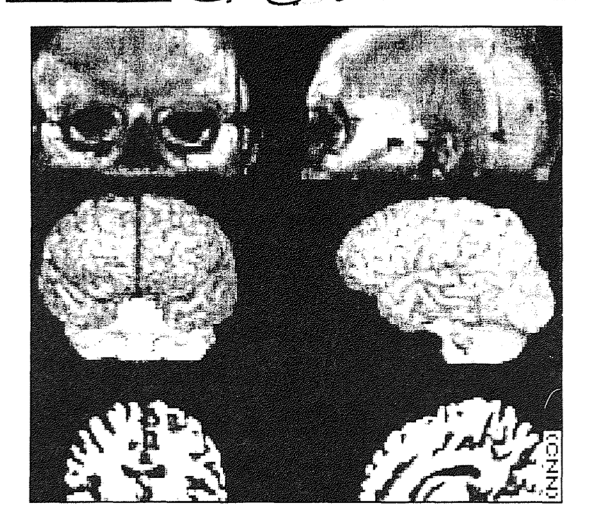
وعن الميلاتونين وضبط الساعة البيولوجية وجد أن تناول أقراص الميلاتونين في النهار تؤدي لانخفاض الأداء العقلي لأنها تعمل ضد الساعة البيولوجية، وبالرغم من ذلك فإن الجسم السليم يستطيع تكوين الميلاتونين بالتغذية والصحة والإثراء الحسي وإعادة التعلم.

الشيخوخة والرياضة يدعمان الذاكرة:

(عندما تتقدم في السن، تصبح أفضل"، هذه المجاملة المعتادة تتحول إلى حقيقة فيما يتعلق بالذاكرة، وفقاً لما كشفت عنه أحدث الأبحاث، وخاصة عند الأشخاص الذين يتمتعون بلياقة واضحة).

وأشارت أحدث الأبحاث الأمريكية إلى أن ممارسة تمرينات رياضية بانتظام تقلل من احتمالات تدهور الذاكرة.

كما أن التقدم في العمر يدعم أحد جوانب عملية التذكر أوتوماتيكياً، وهوما يُطلق عليه (الذاكرة الذكية) المعنية بممارسة الإبداع وتعلم المهارات وغيرها، بينما يقلل العلماء من أهمية مشكلات تذكر الأسماء والمواعيد وتواريخ الميلاد، باعتبارها تتصل بجزء صغير من الذاكرة، حسب الدكتور باري جوردون من كلية الطب بجامعة جون هوبكنز.



ووفقاً للدكتور أنطونيو كونفيت من كلية الطب بجامعة نيويورك، فإن ما يقوم به الإنسان من نشاط لتعزيز صحته البدنية، قد يعزز أيضاً من قدراته العقلية.

وتأتي تلك النتائج خلافاً للفكرة السائدة بأننا (نولد بعقل ما يلبث أن يتدهور بمرور الزمن، إلى أن نموت)، ولكننا الآن على يقين أن ثمة الكثير من المحفزات التي يمكن أن تعيد للعقل البشري قدرته على استعادة الحيوية، وترتبط أحد تلك المحفزات بممارسة النشاط البدني.

(إن التدريبات الرياضية تقلل من كميات الأنسجة التي يفقدها الإنسان نتيجة لعمليات التلف والموت الدورية التي تتعرض لها الأنسجة أثناء دورة الحياة، وتمتد تلك

الحقيقة العلمية لتشمل أنسجة المخ، ويعني الحفاظ على حياة تلك الأنسجة إكساب الذاكرة مزيداً من القوة حتى بتقدم العمر).

الفصل السادس

مشكلات الشيخوخة problems of ageing

لا تخلو أسرة، وخاصة في المجتمعات الإسلامية والعربية، من وجود الشيوخ والمسنين فيها، من الآباء والأجداد من الذكور والإناث، وما يترتب على ذلك من علاقات بين الأبناء والأحفاد، مع من يحتاجون من المسنين إلى رعاية دائمة، وتواصل في تقديم الخدمات التي تقدم لهم طواعية أو كراهية، وذلك مما يوجبه ديننا الحنيف من الاهتمام التام بهم كلما تقدمت أعمارهم.

وتمثل مشكلة المسنين في المجتمعات المتقدمة والنامية على حد سواء، أبرز المشكلات الاجتماعية في العالم المعاصر، نتيجة لعمليات التغير الاجتماعي التي تواجه المجتمعات أيّاً كان نسقها أو تحضرها.

وقد أسهمت عوامل كثيرة في زيادة عدد مشاكل المسنين في العالم المعاصر، نظراً لتحسين الشروط الصحية وازدياد معدلات العمل المتوسط في معظم المجتمعات نتيجة عمليات التغير الاجتماعي التي طرأت على المجتمعات، وما رافق ذلك من التطور الصناعي والتقني، وما تبع ذلك من تغير نمط معيشة الناس، وحيث أصبح المسن يجد نفسه أحياناً وحيداً بعد زواج الأبناء وتكوينهم أسراً مستقلة.

ولقد كان نتاج هذا التصور آثاراً نفسية واجتماعية على المسنين، حيث يفتقد البعض منهم أولاده، في الوقت الذي يحتاج المسنون إلى عون الأبناء، ليس فقط من حيث الاحتياج المادي من طعام أو شراب وكساء، بل كذلك من الناحية النفسية، وحيث الحاجة العامة من قبل المسنين للرعاية الاجتماعية من قبل الأبناء، والشعور بالأمن والاطمئنان والانتماء والتقدير والاحترام، وحيث تزداد الحاجة إلى هذه المشاعر عند التقدم في العمر بدلاً من الشعور بالنبذ والجحود والنكران من الأبناء عندما يستقلون بحياتهم ويبتعدون عن الآباء والأمهات من كبار السن.

وفي الحقيقة، لا يتعرض كل مسن لمشكلات، والمشكلات نفسها متنوعة ومنها البسيط العابر أو الطارئ الذي يزول بالعلاج، وعدد كبير من المسنين عرضة

لمشكلات مزمنة ولابد لهم من معايشتها بصبر وهدوء للتخفيف من أضرارها، قال ﷺ للأعراب عندما سألوه فقالوا يا رسول الله أنتداوى؟.. فقال ﷺ (نعم يا عباد الله تداووا فإن الله عز وجل لم يضع داء إلا وضع له شفاء غير داء واحد) قالوا ما هو؟ قال (الهرم) (أخرجه الترمذي وأحمد في مسنده).

والمشكلات يمكن أن تكون انفعالية وجدانية كالشعور بالفشل أو الإحباط مما يؤدي إلى أن تغلب على هؤلاء روح التشاؤم، وقد يصل ببعضهم إلى الشك بأقرب المقربين إليهم، ويكون سلوكهم متسماً بالشك والحذر والحساسية والتأثر الانفعالي.

وهناك مشكلات ذهنية فكرية وذلك نتيجة لضعف الحواس وضعف الانتباه وعدم القدرة على التركيز، مما يضعف المدركات بالإضافة إلى ضيق الاهتمام وإلى ضعف الذاكرة وتشتتها وسرعة النسيان مما يجعل الفرد يتمركز بشكل محوري في تفكيره حول شيء مما يبدو شبيهاً بالوسوسة أو الهلوسة.

قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنْ كُنْتُمْ فِي رَيْبٍ مِنَ الْبَعْثِ فَإِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ تُرَابٍ ثُمَّ مِنْ نُطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ مِنْ مُضْغَةٍ مُخَلَّقَةٍ وَغَيْرِ مُخَلَّقَةٍ لِنُبَيِّنَ لَكُمْ وَنُقِرُّ فِي الْأَرْحَامِ مَا نَشَاءُ إِلَى أَجَلٍ مُسَمًّى ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلًا ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشُدَّكُمْ وَمِنْكُمْ مَنْ يُتَوَفَّى وَمِنْكُمْ مَنْ يُرَدُّ إِلَى أَرْذَلِ الْعُمُرِ لِكَيْلَا يَعْلَمَ مِنْ بَعْدِ عِلْمٍ شَيْئًا وَتَرَى الْأَرْضَ هَامِدَةً فَإِذَا أَنْزَلْنَا عَلَيْهَا الْمَاءَ اهْتَزَّتْ وَرَبَتْ وَأَنْبَتَتْ مِنْ كُلِّ زَوْجٍ بَهِيجٍ﴾ (الحج:٥).

وأما المشكلات الصحية فإن أمراض الشيخوخة تعتبر أكثر خطورة لضعف مقاومة الجسم لدى المسن وشدة تأثره وضعفه مما يقلل فرص إجراء جراحات ضرورية لصحته، كما أن ضعف الجسم عموماً يظهر لديه أمراضاً ومشكلات جسدية مثل أمراض القلب والشرايين وهشاشة العظام والكسور والأمراض الجلدية والحسية، وغيرها.

وقد يظهر لدى المريض توهم بالأمراض وتركيز زائد على الصحة حيث ينظر للعرض البسيط بأنه خطير، قال تعالى: ﴿قَالَ رَبِّ إِنِّي وَهَنَ الْعَظْمُ مِنِّي وَاشْتَعَلَ الرَّأْسُ شَيْبًا﴾(مريم٤).

وهناك مشكلات اقتصادية يعاني منها المسنون لنقص مواردهم المالية، ولضعف الأداء لديهم، أو للتقاعد، أو لترك العمل، وهذا في حد ذاته مشكلة نفسية واجتماعية وصحية واقتصادية بأبعادها المؤثرة والمتأثرة.

وأما المشكلات الاجتماعية فإن ازدياد العمر يقلل من الأصدقاء بسبب تفرقهم إما بالبعد أو بالوفاة أو بالسفر، وكذلك الأولاد لانهماكهم بشؤون الحياة، وأما شريك الحياة الزوجية فقد يتوفى وبالتالي يظل المسن يعاني من الوحدة وآثارها النفسية، وكذلك فإن عدداً غير قليل من المسنين يعاني من الصلابة الاجتماعية لصعوبة تكيفه وتبنيه لأنماط جديدة في السلوك والتفكير.

وفيما يلي بعض المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية للشيخوخة، والتي تحتاج إلى رعاية القائمين على شؤون الشيوخ والمسنين، داخل الأسرة من الأبناء والأحفاد في المرتبة الأولى أو من المسؤولين في المجتمع الإسلامي.

١. مشكلات صحية.
٢. مشكلات اجتماعية.
٣. مشكلات نفسية.

أولاً- المشكلات الصحية:

نتيجة للتغيرات العضوية وما يصاحبها من تغيرات حيوية ووظيفية عند الشيوخ والمسنين، نجد أن المشكلات الصحية التي يُعاني منها الشيوخ تصل إلى ضعف أو ثلاث مرات ضعف حجم المشكلات الاجتماعية لهم، وبطبيعة الحال تلقي هذه المشكلات عبئاً على الأجهزة والأفراد الذين يعايشون المشكلات الصحية بوجه عام.

ومن المظاهر العامة للمشكلات الصحية للشيخوخة ما يأتي:

١. لا يصاب الشيوخ بمرض واحد، بل إن أجسامهم تصاب بعدة أمراض في نفس الوقت.
٢. قد يُصاب الشيوخ بأمراض ليس لها أعراض.
٣. ترتفع نسبة الإصابة بالأورام الخبيثة بين الشيوخ، وفي دراسات إحصائية عن أسباب الوفاة عند الشيوخ، وجد أن مسببات الوفاة ما يمثل النسب التالية:

٣٠% نتيجة لأمراض القلب والدورة الدموية.

٣٠% نتيجة للأورام الخبيثة.

٤٠% نتيجة لباقي الأمراض مجتمعة.

التغيرات المصاحبة للشيخوخة وكبار السن:

١. التغيرات التي تصيب الرؤية لدى المسنين:

- تغيرات الشبكية وتؤدي إلى ضعف في الرؤية.
- ضعف الرؤية في الإضاءة غير الكافية وفي أثناء الليل.
- تراجع درجة التطابق في العدسة Ausing فتخف رؤية الأشياء القريبة بوضوح، بينما تبقى رؤية الأشياء البعيدة أكثر وضوحاً.
- نقص قطر الحدقة Pupil فتخف كمية الأشعَة الواردة إلى الشبكية.
- ازدياد احتمال الإصابة بأمراض العين كالماء الأزرق والالتهابات المختلفة.

وقد أدت التطورات والاكتشافات في حقل طب العيون (كالنظارات الطبية والعدسات اللاصقة) إلى تجاوز العديد من الاضطرابات الناتجة عن تقدم السن كذلك فإن تقدم جراحة العيون قد وفر للعديد من الأمراض التي كانت تصيب المسنين بشكل خاص (كالساد Cataract والماء الأزرق Glaucoma) العلاج الجراحي الشافي، وقد ألف الطب الحديث زراعة القرنية فأعاد البصر للكثيرين ممن فقدوه.

٢. التغيرات التي تطرأ على السمع:

والتي تحدث عادة بعد سن الخمسين تشمل تراجعاً في سماع الأصوات ذات الذبذبات العالية (أكثر من عشرة آلاف دورة في الثانية)، وهي الأصوات التي تجعل الفرد يميز في الحياة العادية بين أصوات الأشخاص الذين يتحدثون إليه (فيميز بين أصوات أصدقائه أو أفراد عائلته من دون أن يراهم) هذا التراجع لا يعيق المسن عن سماع الأصوات وفهمها خلال حياته اليومية، وقد سهلت التكنولوجيا الحديثة في هذا المجال استخدام السماعات الإلكترونية التي أضحت صغيرة الحجم، تساعد المسن على التغلب على أي نقص في السمع قد يشكو منه.

وهناك حقائق تساعد على فهم أمراض الشيخوخة هي:

- **الحقيقة الأولى:** إن التغير الناجم عن تقدم السن من شأنه أن يؤثر في كثير من الأعمال الوظيفية الجسمية، وربما كان أبرز هذه التغيرات فقدان الذاكرة وقصر البصر (أو القدع) Presbyopia وضعف سمع الشيخوخة Presbuacusis والوضعة Posture، والجدير بالذكر أنه ليس من السهل دائماً تمييز التغيرات التي يمكن أن تعزى إلى تقدم السن عن تلك التي يمكن أن تعزى إلى المرض ذاته، ومن أفضل الأمثلة على ذلك حالة تخلخل العظام Osteoporosis فهذه الحالة هي غاية في الأهمية لأنها تؤهب إلى كسر العظام، لذا فهي تعتبر بحق مرضاً مقترناً بتقدم السن دون وجود سبب معروف لحدوثها.

وهناك حالات أخرى على غاية كبيرة من الأهمية، من أبرزها التصلب العصيدى Atherosclerosis في الشرايين والضعف في التحكم بدرجة حرارة الجسم وفي صيانة ضغط الدم، وهي أكثر الظواهر شيوعاً في المعمرين، ولا يمكن الجزم إن كانت ناجمة حقاً عن مرض خمجي وعائي أو كانت ناجمة جزئياً عن تغيرات شيخوخة تؤثر في مراكز التحكم في الدماغ.

- **الحقيقة الثانية:** إن الحالات المرضية المزمنة منها والتنكسية، تزداد تفاقماً وتعاظماً بصورة مطردة مع تقدم العمر، وليس من سبيل إلى التخلص منها، ولعل الفصال العظمي Osteoarthrosis وتنكس القرص Disc Degeneration والفقار Spondylosis من أبرزها، كذلك قد تواكب الاضطرابات النفسية المزمنة المريض إلى مراحل متأخرة من العمر، مضيفة بذلك عبئاً آخر إلى خلفية عجزه الجسمي.

- الحقيقة الثالثة: إن حالة التقلقل (عدم الاستقرار) الاجتماعي التي يعيشها العديد من الطاعنين في السن إنما هي في واقع الأمر جزء لا يتجزأ من المشكلة الطبية ككل، فقد يكون بعض هؤلاء المرضى معتمداً اعتماداً كلياً على وجود شريك حياة أو أخ أو قريب إلى جانبه، وكنتيجة حتمية للتقاعد وفقد والأقرباء، قد يصبح هؤلاء فجأة معزولين تماماً عن العالم الخارجي، وقد يكون البعض الآخر منهم معتمداً في تسيير شؤون حياته اليومية على نظام كامل للخدمات الاجتماعية، بما في ذلك الترتيبات

الخاصة بالإقامة والمساعدة البيتية وتأمين الوجبات اليومية والتمريض المنزلي إلى غير ذلك من الخدمات الاجتماعية المعروفة، وقد يكون من المحتمل جداً وجود صلة قوية بين المشاكل الاجتماعية والمشاكل الطبية لدى الطاعنين في السن تفوق مثيلاتها لدى الشباب.

- **الحقيقة الرابعة:** إن سوء استعمال الأدوية أمر من شأنه أن يؤدي إلى حالة اصطلح على تسميتها العجز العلاجي المنشأ Iatrogenic disablity، إن ذلك يؤثر على المتقدمين في السن بنسب ملحوظة، أما لكون تعدد الأمراض يؤدي بدوره إلى تعدد الوصفات الطبية، وإما بسبب المقاومة الضعيفة لديهم، فقد يتناول هؤلاء كميات من العقاقير الطبية تقل أو تزيد عن القدر الموصوف في الوصفة الطبية، أو قد يصبح هؤلاء أكثر تحسساً من الشباب بالتأثيرات الدوائية بفعل التغيرات المؤثرة دوائياً.

- **الحقيقة الخامسة:** إن ميل الميزان نحو الانهيار قد يكون إما بسبب أعراض مرضية حادة أو بسبب الحرمان المفاجئ من الدعم الاجتماعي، وربما نتج الأمر الأول عن خمج حاد أو احتشاء infarct أو رضح Trauma إلى غير ذلك من الحالات، أما الأمر الآخر فربما نتج عن موت القرين أو الزوج الخ، ومهما يكن من أمر، فإن المحافظة على التوازن السليم تعود بالدرجة الأولى إلى إرادة المسن في المحافظة على استقلاليته.

٣. كبار السن.. وفقدان الشهية:

من الطبيعي أن يفقد الإنسان مع تقدم العمر شهيته للطعام إذ لا يعود الجسم يبذل نشاطاً كما هو الحال في زمن الطفولة والشباب وبالتالي لا تحتاج خلاياه لحرق السكريات والبروتينيات بكميات كبيرة، لكن فقدان الشهية للطعام يجب ألا يتزامن مع فقدان الشهية للعيش والتلذذ بنعم الحياة، خاصة وان نظاماً غذائياً مدروساً يمكن أن يساعد الإنسان على قضاء شيخوخة سعيدة خالية من اضطرابات التمثل الغذائي ومشكلات الأيض الناجمة عنها، فالحمية والابتعاد عن أنواع معينة من الغذاء تعد من ضرورات الحياة في المراحل التي تعقب العقد السابع من العمر، فالنظام المناعي يغدو بحاجة إلى تقنين لمواجهة طائفة من الأمراض التي ينتظر تواليها، وفي زمن تراجع

معدل الحركة والجهد يصبح تناول أغذية تتضمن سعرات حرارية كبيرة أمراً في غاية الضرر للجسم وعلى العكس فان استهلاك السكاكر والأغذية المملحة لا يشكل خطراً إلا إذا كانت هناك إشارات على إصابته بالسكري أو بارتفاع ضغط الدم.

إن أخطر ما يواجه كبار السن هو فقدان الشهية للطعام وهي ظاهرة متواترة الحدوث عند الكبار وربما ترجع أبرز أسبابها إلى عوامل نفسية يسميها المختصون باكتئاب التقدم بالعمر الذي لا يعالجه إلا دواء واحد هو الفهم العميق لمعنى الحياة وبأن الموت آت لا محالة وانه يطال جميع الناس من مختلف الأعمار.

ولعل تنويع الغذاء عند كبار السن يمكن أن يعطي هؤلاء الرغبة في تذوق الحياة وهو تذوق فريد يجمع بين الرغبة والتأمل والإدراك الجمالي لممارسات الحياة اليومية على بساطة تفصيلاتها.

إن قلة النزوع للطعام له أسباب أخرى يأتي في مقدمتها (خبان الفم) الذي يعد طبيعياً في هذه المرحلة ولكن يمكن أن يأخذ أشكالاً حادة مع تناول وتعاطي أنواع معينة من العقاقير والأدوية وخاصة تلك التي تعالج الاضطرابات النفسية.

كما إن اعتلال صحة الأسنان يمكن أن تؤثر في نوعية الإنزيمات التي يحويها اللعاب والتي تثير عادة شهية الإنسان للأكل، ذلك لأن الملكات الحسية التي تضعها إنزيمات اللعاب في حالة تأهب تقوم بالقبض على روائح الأكل وذائقته مثلما يسهم النظر في إثارة العصارات المعدية ويزيد من عمل إنزيمات اللعاب.

ويضاف إلى هذه الميكانيزمات المثيرة عند كل الناس من مختلف الأعمار حاجة الكبار إلى أجواء مبهجة هادئة ومفرحة وكذلك الأجواء النفسية التي يفترض بالمحيطين توفيرها عن طريق تناول الأحاديث الهادئة البعيدة عن إثارة الانفعال.

كما يختلف طعام كبار السن حسب فصول السنة فأشهر الصيف يجب أن تحوي أغذية من الفواكه والخضراوات الطازجة فيما يتوجب الإكثار من البروتينات في أشهر الشتاء، ومع إن الشعور بالعطش والحاجة للماء يقلان مع تقدم العمر إلا أن من

المفروض على كبار السن تناول ما مجموعة لتر من الماء يومياً على شكل كؤوس من الشاي أو عصير الفواكه.

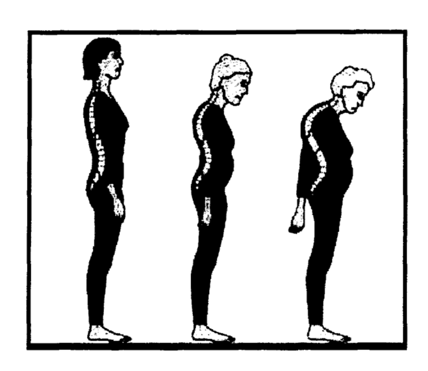
٤. الشيخوخة ومشاكل المسنين الحركية:

صاحب التحسن الكبير في الرعاية الصحية في العالم ازدياد عدد المسنين في المجتمع حيث يتوقع الخبراء أن يكون ٢٠% من سكان العالم عام ٢٠٣٠ من المسنين فوق ٦٥ عام، ولا يجب النظر للشيخوخة كمرض ولكن كعملية طبيعية تشمل التغير التدريجي في الشكل والوظيفة والقدرة على تحمل الضغوط، وهو يبدأ من التدهور المتدرج الذي يحدث من قمة النضج البدني والصحي في العقد الثالث من العمر حيث (لسوء الحظ) تبدأ التغيرات الفسيولوجية المتعلقة بالسن مبكراً جداً عما نتصور.

وعلامات الشيخوخة كما نعرفها هي قصر القامة وانخفاض في المحتوى العضلي للجسم والشعر الأبيض وتجاعيد البشرة وضعف التناسق العضلي الحركي وسن اليأس عند النساء ونقص الخصوبة للرجال وفقد الأسنان.

ويصاحب ذلك عوامل نفسية واجتماعية مثل ضعف التقدير للذات وضعف الرغبة في العمل والاكتئاب والوحدة وضعف المصادر المالية.

ويبدأ قوام المسن وانحناءات ظهره الطبيعية في التدهور مع تقدم السن حيث تتحرك الرأس للأمام ويزيد انحناء الفقرات الصدرية ويختفي الانحناء الأمامي للفقرات القطنية ويصبح العمود الفقري مثل حرف C بدلاً من انحناءاته الطبيعية وتبدأ الركبتين في الانثناء، وكل هذه الأوضاع الخاطئة تغير من ميكانيكية أجزاء الجسم وتؤدى إلى آلام واستهلاك زائد للطاقة.



التغيرات العضلية مع تقدم السن:

يبدأ الشخص بعد سن الثلاثين في فقد من ٣-٥% من المحتوى العضلي كل عشر سنوات مع زيادة أكبر ما بعد الستين يمكن أن تصل إلى ٣٠% كل عشر سنوات بعد السبعين، وأكثر الضعف يكون في عضلات الجذع والساقين وهي العضلات الهامة لكل أنشطتنا الحركية.

نقص المرونة مع تقدم السن:

تزداد الروابط البينية في الكولاجين بشكل مكثف وهو البروتين الموجود في الأنسجة ويسمح باستطالتها مما يعيق قابلية النسيج للتمدد والاستطالة، وهناك أيضاً نقص في بروتين الالستين ما يؤدي إلى ضعف خاصية رجوع الأنسجة لوضعها الطبيعي بعد الشد وعامل آخر يضاف إلى ذلك وهو قلة حركة المسن مما يزيد من نقص المرونة.

كل هذه العوامل تؤثر على حركة المسن وتعوقها خاصة في منطقة الرقبة والجذع والحوض ويؤدي أيضاً إلى تهديد توازنه، ومع تقدم السن يقل سمك غضاريف المفاصل وتتآكل وتصبح حركتها مؤلمة.

ثانياً ـ المشكلات الاجتماعية:

أ. المشكلات الأسرية:

نتيجة للتطور الحضاري القائم في مختلف المجتمعات فقدت الأسرة مكانتها بين أفرادها، وصاحب ذلك مشكلات عاطفية ومادية وعلاجية، وخاصة مع كبار السن، الذين يتباعد أبناؤهم عنهم، مما تكون له آثاره السلبية على الحياة النفسية والاجتماعية للمسنين.

فمن المشكلات والمتاعب والضغوط التي يواجهها الشيوخ والمسنون، نتيجة للعلاقات الأسرية التي لا تكون في مسارها الطبيعي:

١. الشعور بالفراغ والوحدة، وخاصة عند أحد الزوجين المسنين.
٢. القلق بسبب التحول في المكانة الاجتماعية داخل الأسرة.
٣. رتابة الحياة، وخاصة عند التوقف عن العمل وانكماش الأعباء المنزلية أو الأسرية.
٤. الحساسية الناجمة عن الشعور بافتقاد اهتمام الأهل والأقارب.
٥. المشكلات النفسية التي قد تتحول إلى حالات مرضية.
٦. المشكلات الصحية أو المادية.

الوحدة والعزلة الاجتماعية:

تتميز الحياة الاجتماعية للمسنين بفراغ يتخلل حياتهم، وذلك نتيجة تفرق أولادهم في شؤون الحياة، وتقاعدهم عن أعمالهم، والضعف الجسمي الذي يحد من حركتهم ونشاطهم، وتناقص أفراد جيلهم، وتزداد الوحدة الاجتماعية شدة ومرارة مع موت أحد الزوجين ليترك الآخر مترملاً مهيض الجناح الأليف.

كلما تقدم الإنسان بالعمر ازدادت عاداته وسلوكه رسوخاً وثباتاً، حتى تغدو جزءاً لا يتجزأ من مقومات شخصيته، وهناك ميل لدى المسن إلى الاستمرار في نوعية السلوك ونمطه، فاستعمال الجديد يحتاج إلى معرفة طريقته وتعلمه والاقتناع بفائدته، أما القديم فهو أيسر وأسهل.

ومع تقدم العمر يطبع الإنسان بطابع الحرص على القديم، والتمسك الشديد بعادات وقيم نشأ عليها، لذلك فإن آراء المسنين واتجاهاتهم تمثل الأفكار والعادات التي كانت سائدة في زمن شبابهم، أما آراء الجيل الناشئ واتجاهاته فتمثل انعكاساً وامتصاصاً لما يجري من تطورات حديثة متغيرة، ومن هنا ينشأ الصراع الدائم بين الجيل القديم والجيل الجديد، ويزداد نقد المسنين الحاد للجيل التالي في تصرفاته وآرائه، ويسخر مما وصلت إليه حال الأجيال التالية، وتزداد نظريته تشاؤماً للقادمات من الأيام.

وقد ثبت أيضاً أن المسنين الذين يواصلون العمل الفكري النشيط، ويبقون على اتصال مع أنواع الثقافات هم أقدر على تعلم الجديد، وأكثر مرونة في تقبل التغيرات الاجتماعية.

مكانة المسن في المجتمع:

على الرغم مما يقوم به المجتمع الصناعي من تأمين الخدمات وغيرها للمسنين، إلا أن مركز الشيخ في المجتمعات الشرقية والقديمة يبقى أكثر احتراماً وتقديراً، وهو يمثل مركزاً اجتماعياً كبيراً، فبالإضافة إلى الاحترام والتقدير، فإليه يعود الفضل في كثير من الأمور المهمة، كحل المشاكل والخلافات، وإسداء النصح والخبرة في أمور الحياة.

وفي مجتمعاتنا الشرقية ما زال للمسنين حتى الآن مكانتهم اللائقة، فهذه المجتمعات ما زالت تحافظ على أواصر القربى والروابط العائلية، وتعطي للمسنين حق قدرهم، وتبقي على التقاليد التي تدعو لاحترامهم وتقديرهم، إضافة إلى التعاليم الدينية التي دعت لاحترام المسنين، فقد نادى الإسلام ببر الوالدين والإحسان إليهما واحترامهما في كبرها، قال تعالى: (إما يبلغنّ عندك الكِبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أفٍّ ولا تنهرهما وقل لهما قولاً كريماً)، ويقول عليه الصلاة والسلام: (ليس منا مَن لم يجلّ كبيرنا ويرحم صغيرنا).

كل هذا أدى إلى الإبقاء على منزلة كبيرة للمسنين، وإحاطتهم برعاية تخفف عنهم وطأة الشيخوخة بعكس ما يحدث في المجتمعات الغربية المعاصرة، حيث ضعفت مكانة المسنين فيها، لأنهم صاروا يشكلون عبئاً بعددهم الكبير، إضافة إلى أن هذه

المجتمعات تؤمن بالقوة والسرعة والعمل والإنتاج، وتسودها النزعة الاستقلالية ومظاهر تفكك الروابط الأسرية والعاطفية بين أفراد العائلة، فتقسو الحياة على المسنين، ويهجرهم أبناؤهم، ويتذمر المجتمع منهم، فيشعرون أنهم عالة على المجتمع وأنهم من دون نفع في الحياة، وتزداد الأمراض النفسية بينهم، والانهيارات العصبية وحوادث الانتحار، ولا يلقون الرعاية الكافية من عائلاتهم فيعيش أغلبهم في دور العجزة ومدن المسنين.

الأرمل:

إن وفاة أحد الزوجين يعتبر بالنسبة للمسن بالذات كارثة مؤلمة وحدثاً حزيناً ومشكلة كبيرة، والزوجة هي التي تقوم بدور الأرمل لأن الزوج في أغلب الحالات هو الذي يموت أولاً، وهذا ما يجعل للترمل صفة الأنثوية غالباً، ويؤدي الترمل إلى حدوث حالة من فقدان المودة والانعزالية، وحصول اضطراب وخلل في قضايا النوم، وحدوث الترمل في مرحلة الشيخوخة مأساة قاسية، فهو يحدث في الوقت الذي يكون فيه الإنسان في أمسّ الحاجة إلى الرفيق والأليف والمعين.

وبشكل عام، فإن الرجال أكثر تأثراً وحزناً، ولهذا فهم يلحقون بزوجاتهم المتوفيات بشكل أسرع بكثير من النساء، والرجل المسن يواجه مشاكل أخرى تختلف عما تواجهه المرأة، إذ يجد صعوبة في ما لم يعتد عليه مثل إدارة الشؤون المنزلية وغيرها، وهذا ما يدفع بالزوج إلى الزواج مرة أخرى.

المشكلات الجنسية:

في حال بقاء الزوجين معاً في مرحلة الشيخوخة قد يكون هناك عنَّة أو نقص في المقدرة الجنسية أو نقص في الرغبة الجنسية أو ما يُعرف بالنفور الجنسي Sexual Aversion أو الاهتمام الجنسي، وما يترتب على ذلك من مشكلات نفسية واجتماعية.

بل قد تكون هناك فروق في السن والحاجات الجنسية بين الزوجين اللذين يكون أحدهما في الشيخوخة، والآخر ما زال في مرحلة الرشد أو الشباب، أو عند حدوث الترمل أو الطلاق أو العنوسة، وحيث يتبع ذلك الكبت والرغبة الجنسية الشديدة، أو اللجوء إلى بدائل قد تضاعف المتاعب العضوية والنفسية.

وفي حال الزواج من جديد، قد يُصر الشيوخ على الزواج من زوجات أصغر سناً، وقد يسبب ذلك مشكلات عدم التوافق النفسي والاجتماعي والجنسي إن عاجلاً أو آجلاً.

وقد تسبب المشكلات الجنسية مشكلات وتغيرات انفعالية وعاطفية نتيجة لضعف الطاقة الجنسية أو التشبث بها، إذ قد يتصابى الشيخ عندما يتزوج من فتاة تصغره في العمر، وإذا ما ضعف جنسياً قد يلقى اللوم عليها ويبدأ في الشكوك والأوهام.

وقد تكون هناك العجوز المتصابية، وحيث يكون هناك بعض المتقدمين في العمر من الذكور والإناث، ممن يأتون سلوكاً لا يستحسن، ولا يوقرون شيبهم، نتيجة لما يعرف بالشيخوخة الصبية Agerasi.

وقد ظهر مؤخراً علاجات في مجال الطب، وهي علاجات مؤقتة أو وقتية تكلف البعض الكثير اقتصادياً وصحياً مثل الحبوب التي يطلق عليها "فياغرا" وقد لجأ إليها مسنون كثيرون، ولها آثار جانبية ذات خطورة عالية، ولا ينصح البتة باستخدامها.

مشكلات التقاعد:

حيث كان هناك للمسنين والشيوخ العمل والمكانة الاجتماعية وتقدير الذات والقوة والعلاقات الاجتماعية مع الرؤساء والمرؤوسين، وبعد أن كان الفرد ملء السمع والبصر، يصبح متقاعداً بلا عمل أو كيان اجتماعي.

والتقاعد المفاجئ، يوجد الفراغ والملل، حيث لا تتوافر فرص العمل وتضعف المكانة الاجتماعية، وقد يلجأ الشيوخ إلى التجوال في الشوارع دون هدف محدد، أو الجلوس على قارعة الطريق ينظر للغادي والرائح، أو الجلوس في المقاهي وتمضية الوقت في لعب النرد والنميمة عند البعض.

وقد يتسبب نقص الدخل الشعور بالضيق القلق الدائم وعدم تقدير الذات بل تحقير الذات (ذل النفس) Self Abasement.

لذلك لا يمثل التقاعد عن العمل مشكلة من الناحية النفسية فقط، بل يمثل مشكلة عضوية نفسية، حيث يُصاحبها- في الأعم- التوتر والقلق والخوف، وقد يترتب عنها الانهيار العصبي، حيث يبدو التقاعد وكأنه "تقاعد عن الحياة" وقد يحكم الشيخ على نفسه بالانعزال التام وعلى أنه طريقه إلى النهاية والممات.

والواقع أن التقاعد يُعتبر من المشكلات التي أوجدها الإنسان، إذ إن التقاعد قد يؤدي إلى البطالة، رغم أن الشيخ ما زال قادراً على العمل، وإذا أراد الشيخ العمل بعد التقاعد فإنه قد يواجه بعض المشكلات، إذ إن فرص العمل المناسبة والمتاحة أقل.

كما أن جهات العمل قد ترغب في قيادة الشباب نتيجة أن الاتجاه السائد أن الشيوخ أقل إنتاجية، وأكثر عُرضة للحوادث مما يرفع معدل المخاطر والخسارة في العمل، هذا بالإضافة إلى أن التقدم العلمي التقني المعاصر، يجعل من الشيوخ فريقاً متخلفاً من النواحي الفنية والتكنولوجية عن التقدم العلمي المعاصر.

ومما يزيد من مشكلة التقاعد، أن من مضاعفاته الانهيار العصبي، وخاصة إذا فُرض على الشيخ بعد التقاعد الفجائي أسلوب جديد من السلوك لم يألفه من قبل، ولا يجد في نفسه المرونة الكافية لسرعة التوافق معه، وخاصة إذا لم تتح فرص الاستعداد لهذا التغيير، أو أن التغيير تم فجأة، أو إذا أشعره الناس بأنه قد أصبح لا فائدة منه بعد أن كان نفعه ظاهراً لكل الناس.

وقد أعلنت شركات التأمين العالمية أن الإنسان، رجلاً كان أو امرأة، الذي يظل يعمل مهما تقدمت به السن، يعيش طويلاً، فأصبحت بعض الدول يختارون أكبر الرجال العاملين سناً، حيث يبحثون بين العاملين في أي مكان عن أكبرهم سناً ويقدمون له جائزة.

وذكرت شركات التأمين بأن البعض يحلم باعتزال العمل والإحالة إلى التقاعد مع أن الاستمرار في العمل هو الذي يكفل ويحقق طول العمر، ومن يعتزل العمل في سن السبعين يعش حتى الثالثة والثمانين في المتوسط، أما من يعتزل في سن الخامسة والستين فعمره سيقل عن الآخر نحو عام، فالعمل مفيد للإنسان فهو يجعله مشغولاً،

ويقظاً ذهنياً ويعطيه مبرراً للحياة، وليس لديه وقت لأن يحس بمرض أو ألم لأنه مطالب بعمل ولا يستطيع أن يتفرغ للشكوى أو حتى للعلاج.

وفي إنكلترا توجد جمعية تضم ٨٠٠ ألف بريطاني يعملون بعد سن التقاعد، وما تزال لديهم قائمة انتظار تضم نصف مليون مواطن أحيلوا إلى التقاعد ويتطلعون إلى فرصة عمل مع أن وظائفهم كانت تثير القلق والتوتر ولكن بعد التقاعد زاد توترهم وقلقهم.

إن العمل لا يقتصر على الوظيفة ولكن أن يمارس الشخص هواية يحبها ويستغرق فيها بكل طاقته وإحساسه بحيث تنمي فيه الإحساس بالعمل والإنتاج بدل أن تنطفئ هذه الطاقة وتضمحل.

والتقاعد هو أصلاً ظاهرة جديدة نجمت عن التحول إلى المجتمع العصري الصناعي، كان يتوخى أن تكون وسيلة لرفع الظلم والقسوة عن الموظفين والعمال، الذين كانوا يعملون طوال حياتهم، من دون أي ضمانات أو حقوق.

فالتقاعد أصلاً عملية إيجابية فيها احترام وتقدير (لشيبة الإنسان)، تحفظ له كرامته وإنسانيته، وتؤمن له حياة كريمة عزيزة ليعيش سنوات حياته الأخيرة بأمان واطمئنان، إلا انه، ونتيجة للتغيرات في شتى مجالات الحياة، فقد برزت جوانب سلبية متعددة، فالتقاعد يشكل ضغطاً كبيراً وحاداً في حياة كل إنسان، تغيرات تتناول الوقت والعمل، والالتزامات والمسؤوليات.

ويؤدي التقاعد إلى انخفاض الدخل والمقدرة المالية، كما أن الفراغ بالنسبة للمسنين المتقاعدين حاد وقاتل، لأنه يأتي فجأة، وبعد سنوات طويلة من العمل المتواصل، وليس هذا فحسب، بل أن التقاعد يحدث في فترة كثيراً ما يتدهور الوضع الصحي فيها بشكل ملحوظ.

والتقاعد في الوظائف الرسمية في الدولة لحظة مهمة في عمر الإنسان، وهي في سن الستين، وأحياناً حالات خاصة في سن الخامسة والستين، وهي لحظة مهمة مثل لحظة الالتحاق بأول عمل، وغيرها من الوظائف المهمة.

والتقاعد له جوانبه وآثاره على الشخص والمجتمع، قد يصبو الإنسان قبيل تقاعده إلى أن يحقق ما حرم منه خلال فترات حياته السابقة إلى أن يستريح من عناء العمل، والارتباطات، والالتزامات.. لكن سرعان ما تنتهي حفلة التكريم والتوديع فيجد نفسه فجأة وقد فقد السلطة والكيان، والهيبة والتأثير في الآخرين.

وإذا لم يكن هناك تخطيط مسبق، وإعداد لمرحلة التقاعد، فإن المتقاعد يجد نفسه في خواء، ومن دون هدف.. وربما يحاول أن يعوض ذلك بالتدخل في ما لا يعنيه، وقد تكثر طلباته في البيت، وقد يضيق به أحياناً باقي أفراد العائلة، يودون لو يخرج من المنزل لقضاء بعض أمره، أو الترويح عن نفسه.

وبالمقابل، فإن الإنسان الذي تسلح بالعقيدة، ورسخ إيمانه منذ صغره وخلال فترة شبابه وما بعدها يشعر في وقت التقاعد إن أمامه رسالة لم تتم، ويتذكر دائماً أنه مراقب من الله عز وجل، ويتذكر القول: (اعمل لدنياك كأنك تعيش أبداً.. واعمل لآخرتك كأنك تموت غداً)، يشعر أن هناك إحساساً بالحياة وحافزاً لها، ويجعل الآخرين ينظرون إليه على أنه مرغوب، ويتسامى بدينه، وقيمه وأخلاقه، ومعاملاته وعطائه، يعطي كل شيء حقه، يعتني بنفسه وغذائه ورياضته، وأمثلها المشي في الهواء الطلق.

وإذا فقد أحد الزوجين الزوج الآخر، فقد ينتاب الشخص في تلك الفترة شعور بفقد الأنيس والأليف، وشعور بالوحدة والخوف والحزن، وقد تتدهور حالته الصحية، ويصاب بالأرق، ويرفض الطعام، وقد يلحق بصاحبه بعد فترة وجيزة من فراق صاحبه، وكثيراً من هؤلاء يفضل عدم الزواج حتى لو عاش في وحدة قاسية، وهناك أمور تساعد على نجاح خوض مرحلة التقاعد بنجاح، وتتفاوت تلك الأمور من إنسان إلى آخر تبعاً لــ:

١. قدرة الإنسان على الاعتماد على نفسه في الحركة.
٢. قدرته على المشاركة في الأمور بحكمة، والتآلف مع أقاربه وأصدقائه.
٣. إحساسه بأن الآخرين ما زالت لديهم نفس الثقة فيه، وبأنه ما زال مرغوباً فيه، وفي خبرته السابقة.
٤. الانطلاق في الحركة والنشاطات والسفر كلما اقتضى الأمر.

٥. الشعور بأن العائلة أصبحت تميل إلى حمايته أكثر من ذي قبل.

٦. درجة ونوعية تعليمه وثقافته.

٧. مستوى دخله، ودخل الأسرة.

٨. درجة تفهمه لمرضه، إن كان مريضاً، وتقبله لخطة العلاج.

وفي السنوات الأخيرة كانت هناك ثورة على القوانين التي تحدد سناً للتقاعد، وخرجت جماعات كثيرة تقول: كيف نحدد سن العمل وسن التقاعد ببلوغ عمر بذاته، وليس بفقدان القدرة؟ كيف نعتبر حاجز الستين سداً منيعاً يحول دون تدفق الراغبين في العمل والقادرين عليه؟ كيف يكون هناك قانون إلزامي يحد من حرية البشر في العمل؟.

وفي هذا الاتجاه، تشكلت في الولايات المتحدة منظمة للمدافعين عن حقوق المسنين في مواصلة العمل، وأصدرت هذه المنظمة بياناً في سبتمبر (أيلول) ١٩٩٧، أكدت فيه رفضها لقوانين التقاعد مطالبة بأن يكون التقاعد اختيارياً، ووصفت الإلزام في هذا المجال بأنه عمل غير أخلاقي، وأنه حرمان للشخص من حق كسب العيش.

وفي الوقت نفسه، ألغت كندا الإحالة للتقاعد على أساس السن، وتركت المشتغل ليعمل ما دام قادراً على العطاء، وكانت نتائج ذلك إيجابية، فقد قلت الأعباء التأمينية، وزاد المساهمون في الاقتصاد القومي، وفي اليابان، تم رفع سن التقاعد إلى الخامسة والستين، وتجري معاقبة الشركات التي لا تتعاون في هذا المجال.

إذن هناك ثورة على القوانين التي تجعل السن سيفاً مسلطاً، وأداة تحكمية تفصل بين حالة العمل واللاعمل، وتبقى كبرى الخرافات أن المسنين عاجزون عن تقديم شيء للمجتمع، رغم أن الإنتاج في المجتمع بات ذهنياً ومعتمداً على الآلة، أكثر مما يعتمد على عضلات الإنسان.

إن نظام التقاعد يجب أن يكون متطوراً متجدداً يلبي الاحتياجات والمطالب، ويتلاءم مع المتغيرات الحضارية والاجتماعية والاقتصادية، كما لابد أن يكون النظام قادراً على تحقيق العدالة والمساواة، وأسوأ أنواع القرارات هي النوع الإجباري الذي يفرض على الإنسان من دون الأخذ برأيه، ويجب أن يقوم قرار التقاعد على أسس علمية مدروسة وليس فقط على أسس رقمية مجردة، فبلوغ الإنسان سنوات عمر معينة لا يكفي أن يكون مبرراً للتقاعد.

مشكلات وقت الفراغ:

يترتب على عدم وجود العمل المناسب أو ما يشغل وقت الشيوخ، أو التقاعد وفقدان العمل أو فقدان الرفقة Mates أو عدم القدرة على اختيار قرائن جدد ate Choice أو تقلص الدور الاجتماعي Social Role في الحياة الأسرية والاجتماعية، أو عدم القدرة على استغلال الطاقة والاهتمامات، يترتب على هذا كله مشكلات تؤثر على الحياة النفسية والاجتماعية عند الشيوخ المسنين.

تمر حياة الإنسان بعدة مراحل: مرحلة الطفولة والضعف ومرحلة الشباب والقوة، ومرحلة الشيخوخة والضعف.. وتتصف المرحلة الأخيرة بوهن العظام وضعف القوة العضلية والجسمية وضعف الحواس الخمس وانحناء الظهر وبطء الأداء الحركي وضعف الذاكرة وشدة التأثير الانفعالي.

فيجب على أفراد المجتمع الإسلامي خاصة الشباب والفتيات العناية والمساعدة لكبار السن وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي مع التقاليد والعادات والتقدم الحضاري الذي نعاصره اليوم حتى يتكيف المسن سواء كان ذكراً أو أنثى مع التغيرات السائدة في المجتمع وينعم بحياة سعيدة، ولكي نحقق التوافق النفسي والاجتماعي مع المجتمع المحلي يجب معاملة كبار السن وفق الخطوات التالية:

١. إدخال السرور على المسن بالجلوس معه والتحدث إليه بأمور عامة مسلية ومراعاة أدب الحديث مع الشيوخ.
٢. أن يثير الفرد التساؤلات عن تجارب وخبرات ذلك المسن حتى يعبر الشيخ عن انفعالاته ويسرد قصصه وبذلك نحقق إيناس كبار السن وربط الماضي بالحاضر من تجاربه.
٣. أن يظهر الفرد الاهتمام بكبار السن والنظر إليهم بعين الرحمة والشفقة.
٤. أن يعتني الفرد بالنواحي الصحية لكبار السن وبالكشف الطبي الدوري واكتشاف الأمراض مثل الضغط السكري والجلطات والعمل لعلاج الأمراض من قبل المختصين.

٥. أن يحسن أهل البيت معاملة كبار السن وتلبية حاجاتهم واحترام آرائهم والعناية بملبسهم والمظهر العام.
٦. تدريب كبار السن لمزاولة أنشطة مناسبة ومراعاة العادات والتقاليد.
٧. مساعدة كبار السن على حل مشكلاتهم والعمل على التعرف على أسباب المشكلة وإزالة أسبابها.

٣. مشكلات نفسية:

الضغوط الاجتماعية ودورها في نفسية المسن:

إن من أخطر ما يتعرض له المسن في حياته هي تلك الضغوط التي يفرضها عليه المجتمع من خلال التقاعد الإجباري بغض النظر عن درجة كفايته البدنية والعقلية والمهنية، وعادة ما ينتهي التقاعد الإجباري إلى فك ارتباط المسن بالعديد من الالتزامات التي كان يضطلع بها أو يمارسها، وما قد يصاحب ذلك من شعور بالعزلة والإحباط وفقدان الثقة بالنفس وعدم وجود دور وهدف في الحياة، كما يكون كل ذلك مقروناً بفراغ كبير ويوم طويل وبيت قد افتقد الأبناء الذين تزوجوا أو رحلوا.

وهذا في رأي الكثير من العلماء يمهد أرضاً خصبة لصور عديدة من الاضطراب النفسي والعقلي كي تأخذ طريقها لحياة هذا المسن الذي يستسلم في كثير من الأحيان لمثل هذه الاضطرابات.

ونجد أن التغييرات التي تطرأ على حياة المسن في إطار واقعهم الاجتماعي هي التي تحدد خصائص هذه المرحلة، فهذه المرحلة قد تكون مرضية أو محبطة وذلك حسب قدرة المسن في التوافق مع ما يكتنفها من تغييرات وضغوط وأحداث.

ويعاني المسنون عادة من تحديد نطاق عالمهم الاجتماعي تدريجياً مع التقدم في السن، وتوجد ثلاثة أنواع من العلاقات الاجتماعية تتأثر خاصة في الشيخوخة هي:

- العلاقات الشخصية الحميمة (بالزوج أو الزوجة، الأبناء، الأخوة والأخوات).

- العلاقة بالأصدقاء.
- العلاقة بالجماعات الرسمية المنظمة (الأندية والمؤسسات الاجتماعية المختلفة).

حيث تتضافر عوامل مثل ضعف الصحة والاتجاهات الاجتماعية غير الملائمة في الحد من مشاركة المسنين الاجتماعية إلا أن أكثر هذه العوامل وأشدها تأثيراً هو ما يواجه المسن من أحداث ضاغطة في حياته المجتمعية، والأحداث الضاغطة في حياة المسن كثيرة كوفاة الزوجة أو أحد الأبناء أو الإصابة بمرض مزمن أو تضاؤل الدخل المادي.

وقد اتخذت بعض الدول مبادرات إيجابية في هذا المجال كإنشاء مجلس لشؤون الأسرة يشرف ويتابع المسنين وذوي الاحتياجات الخاصة والمرأة والشباب والطفولة، وتنبثق من هذا المجلس عدة لجان منها لجنة المسنين والتي يدخل من ضمن أهدافها التوعية بأهمية رعاية المسنين وتنمية الوعي لدى أفراد المجتمع باحتياجاتهم وقضاياهم.

كما أنشئت أيضاً مؤسسات لرعاية المسنين وهي مؤسسات خاصة ذات شخصية اعتبارية مستقلة هدفها إيواء المسنين الذين تعجز أسرهم عن رعايتهم وتوفير مختلف أنواع الرعاية والخدمات لهم ومحاولة تأهيلهم ودمجهم في المجتمع.

وقد أدرجت بعض هذه الدول ضمن أولوياتها وضع إستراتيجية وطنية للمسنين وذلك بهدف تحسين واقع هذه الفئة من السكان وضمان مختلف حقوقهم والقضاء على جميع أنواع التمييز ضدهم، والسعي نحو تحقيق مشاركتهم بفاعلية ضمن عجلة التنمية من خلال دمجهم في كافة مؤسسات المجتمع.

الفصل السابع
الشيخوخة والمرض النفسي

إن سن الشخص أو وضعه لا يعد سبباً لإصابته بالاكتئاب وذلك لأن الاكتئاب مرض يمكن علاجه، إن معظم المصريين كبار السن ليسوا مكتئبين انهم يمارسون حياة نشطة ومنتجة حتى هؤلاء الأشخاص الذين يعانون من أمراض عضوية أو تدهور مالي، أو فقدان القارب لا يزالون ينعمون بصحة نفسية جيدة.

وعلى الرغم من حدوث العديد من الأمراض النفسية في متأخر العمر الا أنها ليست حتمية الحدوث في فترة الشيخوخة.. إن بعض كبار السن (المسنين) يعانون من بعض مظاهر القلق التوتر اضطرابات النوم الشعور بالوحدة – العزلة – الاجتماعية – الخوف من تركهم بلا اهتمام.

ويعتبر الاكتئاب من أشهر الأمراض النفسية ويعد السبب المؤدي إلى تفشي حالات الانتحار بين المسنين وقد تحجب بعض الشكوى الجسمانية الأعراض المصاحبة للاكتئاب.

ولقد أوضحت الدراسات أن المسنين الذين يعانون من الأفكار الانتحارية قاموا بزيارة الطبيب المعالج لهم في الشهر الذي ظهرت فيه هذه الأعراض ولم يكن هذا الطبيب طبيباً نفسياً مختصاً ومن ثم لم يحصل هؤلاء على العلاج المناسب لمثل حالاتهم وهو ما قد يمثل لدى المسن خطورة خاصة انه يساعد على تصعيد بعض الأمراض الطبية الأخرى.

فقد أوضحت الدراسات إن الاكتئاب يزيد من معدل الإصابة بالأزمات القلبية والعدوى الخطيرة.. فعلى سبيل المثال يرجع بعض الأمراض القلبية إلى حدوث بعض التغيرات البيوكيميائية داخل مخ الشخص المكتئب وينجم عنها ازدياد عدد ضربات القلب وارتفاع نسبة الكولسترول في الدم.. بينما يرجع البعض الآخر تلك الأمراض التي تحدث للقلب إلى عدم اهتمام هؤلاء الذين يعانون من الاكتئاب بنظام التغذية.. والكشف الطبي – ومعالجة ضغط الدم المرتفع لذلك يصابون بالأزمات القلبية التي قد تؤدي إلى وفاتهم.

إن الأمراض النفسية التي قد تصيب المسنين قد تنجم عن بعض الأمراض العضوية الأخرى كمشاكل الغدد الصماء (انخفاض وظيفة الغدد) التهاب المفاصل وضعف السمع أو البصر التي يعاني منها نصف هؤلاء المترددين على العيادات النفسية وكذلك السرطان، الأرق - السكري، الجلطات الدماغية - الأنفلونزا).

وفي بعض الأحيان قد تخطئ في تشخيص الاكتئاب لدى المسنين ففي بعض الحالات قد تشخص حالات فقدان الذاكرة والقلق والارتباك التي تصحب الاكتئاب على أنها أعراض مرض الزهايمر فلو كان الأمر كذلك وكانت هذه الأعراض هي أعراض مرض الزهايمر (التدهور التدريجي في وظائف العقل) فلا ينفع حينئذ العلاج بل قد تؤدي تلك الأعراض إلى الموت - ولكن قد يمكن بالعلاج المناسب القضاء على هذا المرض.

وعموماً، فإن كبار السن لديهم القدرة علَى العيش حياة سعيدة وذات مغزى بالرغم من ضغوط الشيخوخة وأعبائها وما يصاحبها من أمراض عضوية ولكن إذا تم تشخيص نوع الاكتئاب الذي لديهم وتقديم العلاج المناسب لهم كل ذلك يؤدي إلى نتائج مبهرة.

مفاهيم خاطئة تؤثر في الحالة النفسية للمسن:

يقصد بالصحة النفسية مدى قدرة المسن على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه وهذا يؤدي به إلى التمتع بحياة خالية من الأزمات والاضطرابات وأن يرضي عن نفسه وأن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين فلا يبدو منه ما يدل على عدم التوافق الاجتماعي بل يسلك سلوكاً معقولاً يدل على التوازن الانفعالي والعاطفي والعقلي في ظل مختلف العوامل وتحت تأثير كل الظروف.

ويعد من الخطأ القول أن كبار السن طاقة غير منتجة ويمثلون عبئاً على المجتمع وخاصة على صغار السن إذ يفوتون فرص العمل على هؤلاء.. والصحيح أن غالبية الناس يعملون (وخاصة في الدول التي ليس لها نظام تقاعد شامل) حتى سن متقدم من العمر إذ يقع على عاتقهم مساندة أنفسهم وغيرهم، فكما يوجد الملايين من كبار السن يعملون مقابل أجور فان هناك ملايين آخرون لا يتقاضون أجوراً مقابل ما يقومون به من أعمال.

وتعتبر مشاركة كل من الأسرة قادة المجتمع مسؤولي الرعاية عن الأطفال والمرضى والمستشارين ومسؤولي الثقافة.. سواء أكانوا يتقاضون أجوراً أم لا تعد مشاركتهم في عملية التنمية أمراً حيوياً وفعالاً.

كما انه من الخطأ القول بأن كبار السن لا يستطيعون تعلم مهارات جديدة واكتساب معلومات إذ هم ليسوا في حاجة إلى التعليم أو التدريب.. بل لقد ثبت أن الشخص المسن لديه المقدرة على التعلم كمثل غيره من صغار السن ولكن قد ينقصه عامل الممارسة، أو قد لا يكون لديه الثقة في مدى قدراته لفعل ذلك، وكما هو معروف أن الفرد المسن يرغب في تعلم واكتساب مهارات جديدة وذلك أما ليتمكن من تحسين معيشته أو ليتمكن من استغلال وقت فراغه في شيء نافع، لذلك فان مقدار ما يتعلمه الشخص الكبير في السن من مهارات ومعرفة وخبرة يكون بمقدار مشاركته ومساهمته في نمو مجتمعه.

ومن الخطأ أيضاً القول أن كبار السن يفقدون روح المساعدة وقد لا يقدرون على اتخاذ قراراتهم بأنفسهم.. إن الشخص المسن هو الوحيد الذي يعرف ما يريده ويحتاجه من دعم ومساندة ولكن في بعض الأحوال الاستثنائية قد لا يستطيع المسن اتخاذ قراراته – وهذا قد يحدث لبعض صغار السن عندما لا يستطيع اتخاذ قراراته بنفسه – ولكن خبراته تعد مفيدة إذا دعت الحاجة لشيء يخدم المجتمع.

أهمية الصحة النفسية للمسنين:

المقصود بالصحة النفسية هنا هو مدى قدرة المسن على التوافق مع نفسه، ومع المجتمع الذي يعيش فيه وهذا ما يؤدي إلي التمتع بحياة خالية من الاضطرابات النفسية وأن يرضى عن نفسه وأن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين فلا يبدو منه ما يدل على عدم التوافق الاجتماعي ويتطلب التقدم في السن التكيف مع التغيرات الجسمية والعقلية التي تصاحب الشيخوخة وتوقع المزيد من التغيرات في المراحل التالية.

وبذلك يشير التوافق مع التقدم في السن إلى ردود فعل الفرد تجاه تداخل التغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية كما يشير إلى مدى الرضا عن الحياة وتجنب القلق والاكتئاب النفسي.

وقد تكون التأثيرات النفسية للمشكلات الاقتصادية من الأهمية نفسياً بقدر أهميتها المادية كما أن هذه المشكلات قد تكون سبباً في إرهاف الشعور بعدم الاستقلال أو فقدان المركز الاجتماعي، والأفراد الذين يحسنون التوافق مع الشيخوخة هم عادة أكثر اقتناعاً بحياتهم.

ومن جهة أخرى فإن التقاليد التي تحترم الشيخوخة وتعطي المسنين حقهم من الاحترام والتبجيل واستشارتهم في مسائل الحياة المختلفة تساعد على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي الضروري لطمأنينة المسن وسعادته.

هذا وقد أوضحت الدراسات أن اتجاه أغلب المسنين نحو العمل والنشاط أفضل من اتجاههم نحو التقاعد والاعتزال وان أغلب المسنين يرغبون في العمل ومواصلة النشاط لأطول فترة ممكنة بعد التقاعد والاعتزال وأن الحاجة للإنجاز تميز النمط الواقعي لهم حتى ولو كان العمل الجديد في مراتب وظيفية أدنى من التي كانوا يشغلونها قبل التقاعد أو أقل أجراً لأن ذلك يساعدهم على الإبقاء على الشعور بوجود هدف خلال تلك المرحلة المتأخرة من العمر، كما أن انشغال المتقاعد بالأنشطة اليدوية والهوايات الإنتاجية كالخزف والزراعة يعتبر بدون شك نوعاً من الرضا والسلوك التوافقي.

السلوك الإيجابي يؤخر أعراض الشيخوخة:

توصل الباحثون بجامعة تكساس إلى أن السلوك الإيجابي يؤجل مراحل الشيخوخة، وأن الأشخاص الذين ينظرون إلى الحياة بنظرة يملأها الأمل تقل عندهم ظهور علامات الهرم مقارنة بالمتشائمين.

وقال الباحثون إن نتائج الدراسة [1] تشير إلى أن العوامل النفسية بالإضافة إلى الجينات والصحة البدنية، تلعب مجتمعة دوراً في تحديد مدى سرعة بلوغ سن الشيخوخة.

وأجرى فريق البحث بجامعة تكساس تجارب على ١٥٥٨ من كبار السن لبحث ما إذا كانت هناك علاقة بين الأحاسيس الإيجابية وبداية مرحلة الوهن.

---

(1) نشرت في دورية (سيكولوجي أند إدجينج).

وفي بداية الدراسة كان جميع المتطوعين للمشاركة في الدراسة في صحة جيدة، وقام الباحثون بقياس تطور أعراض الشيخوخة عند المشاركين من خلال قياس فقدانهم للوزن والجهد وسرعة السير وقوة قبضتهم، وتوصلوا إلى أن المشاركين الذين يحملون رؤية إيجابية للحياة كانوا أقل عرضة لأعراض الوهن من غيرهم.

وأكد الباحثون على الحاجة لإجراء مزيد من الأبحاث لتوضيح السبب في هذه العلاقة، غير أنهم تكهنوا بأن المشاعر الإيجابية قد تؤثر بشكل مباشر على الصحة عن طريق تغيير التوازن الكيميائي في الجسم، وربما كان السبب في هذه الصلة هو أن التوجه المتفائل يساعد في تعزيز صحة الإنسان من خلال ترجيح نجاح هؤلاء الأشخاص في الحياة.

وقال الدكتور جلين أوستير قائد فريق البحث: (أعتقد أن هناك علاقة بين العقل والجسم حيث أن أفكارنا وسلوكنا ومشاعرنا تؤثر على الوظائف البدنية وعلى الصحة بشكل عام أما عن طريق آليات مباشرة مثل وظائف جهاز المناعة أو عن طريق آليات غير مباشرة مثل شبكات الدعم الاجتماعية)[1].

وقد أشارت دراسة أخرى إلى أن التوجه العقلي قد يؤثر في الأداء البدني، وقد طلب فريق البحث في هذه الدراسة بجامعة كارولاينا الشمالية من ١٥٣ شخصاً من مختلف الأعمار إجراء اختبارات على الذاكرة بعد أن سمعوا كلمات إيجابية وسلبية تصف العبارات الشهيرة عن الشيخوخة، وتضمنت العبارات السلبية الاضطراب والعته والخرف أما العبارات الإيجابية فتضمنت الإنجاز والنشاط والتميز.

وأظهرت النتائج أن أداء الذاكرة عند المشاركين في الدراسة من البالغين كان ضعيفاً بعد أن تعرضوا لعبارات سلبية، وعلى النقيض كان هناك اختلاف كبير في أداء الذاكرة بين الشباب والبالغين الذين تعرضوا لعبارات إيجابية.

وقال الباحثون إن دراستهم تشير إلى أنه إذا تم التعامل مع كبار السن على أنهم أعضاء فاعلون في المجتمع فإنهم سيكونون كذلك.

---

(1) حديث للدكتور جلين أوستير لبي بي سي نيوز اونلاين.

وقال توماس هيس قائد فريق البحث[1]: (قد تكون هناك أسباب اجتماعية ذات تأثير قوي على أداء ذاكرة البالغين).

تبلد عواطف المسن:

تتغير أحاسيس ومشاعر كل فرد منا على مدار حياته ولكن لا يعني التقدم في السن توقف تلك المشاعر والأحاسيس، يقال خطأ إن كبار السن عرضة للضعف والوهن وعدم المقدرة على فعل الأشياء وقد يكثر حدوث الظروف الصحية في السن المتقدم ولكن لا يعني هذا حتمية المرض والإعاقة في سن الكبر، عامة، فان الأشخاص الأصحاء طوال حياتهم هم عرضة للأمراض المزمنة والإعاقات عند تقدم السن بهم.

ودائماً ما يعاني المتقدم في السن (المسن) مَن النسيان، لأن الذاكرة تتغير مع العمر وقد نجد الشخص المسن لا يستطيع تذكر بعض الأشياء، ولكن الجزم بان كبار السن دائماً ما ينسون تذكر الأشياء غير صحيح – فهناك أمور كثيرة قد تؤثر في القدرة على التذكر في أي مرحلة عمرية ومن تلك التغيرات التي تؤثر على الذاكرة القلق – الضغوط النفسية والاكتئاب.

ويمر المسن في مرحلة الشيخوخة بعدة تغيرات حادة:

- متغيرات اجتماعية واقتصادية.
- متغيرات عصبية جسمية تنعكس على الحالة النفسية.
- الاضطرابات النفسية والعقلية للمسنين.

لكل ما سبق نتبين لماذا تزداد نسبة إصابة المسن بالاضطرابات النفسية والعقلية حيث تزداد النسبة من ٢٠% إلى ٣٧ – ٣٠ % في المسنين أولئك الذين يعيشون في مؤسسات رعاية المسنين.

(1) حديث لتوماس هيس قائد فريق البحث لبي بي سي نيوز أونلاين.

الاضطرابات الذهانية:

وتتمثل في الاضطراب الذهني وضلالات الاضطهاد والاضطرابات الوجدانية.

الاضطرابات العصبية:

وتتمثل في القلق والوساوس القهرية المختلفة وتوهم المرض وترتفع نسبتها في المسن الذي تقل قدرته التأقلمية في الحياة العامة.

الاكتئاب وكبار السن:

إن مرض الاكتئاب مشكلة منتشرة لدى كبار السن، وغالبا ما يصبح مزمنا لأنه عادة ما يترك دون علاج، وكشفت دراسة أجراها باحثون هولنديون على مدار ستة أعوام وشملت مقابلة ٢٧٧ من كبار السن تم تشخيص حالتهم بالإصابة باكتئاب يتراوح من خفيف إلى شديد أن نحو ثلثيهم تكررت إصابتهم بنوبات المرض، ولم يعان سوى ١٤% من المشاركين الذين تراوح عمرهم من ٥٥ إلى ٨٥ عاماً عند بدء الدراسة من أعراض مرضية قصيرة الأمد وقال ٢٣% إنهم شعروا بتراجع شدة المرض.

وقال أرجان بيكمان وهو طبيب نفسي من جامعة فري في أمستردام إنه مع تقدم العمر يصبح الاكتئاب مشكلة شائعة لها آثار موثقة على الصحة والوظائف اليومية ومعدل الوفيات، وعلى الرغم من أن الاكتئاب عادة ما يعتبر مرضاً يتم تحقيق نسبة شفاء مرتفعة منه خلال دورة العمر إلا أن معظم كبار السن المصابين بالاكتئاب لا يتحقق لهم الشفاء من المرض.

معاناة كبار السن من القلق النفسي:

أثار الباحثون من كلية الطب بجامعة بتسبيرغ الأمريكية موضوع معاناة كبار السن من القلق النفسي (generalized anxiety disorder (GAD)[1].

ودلت المراجعات للأبحاث في مجال الطب النفسي للمتقدمين في العمر أن القلق يمثل ربما أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً لديهم، حيث إن الإحصاءات تشير إلى أن

---

(1) ضمن فعاليات المؤتمر السنوي للرابطة الأميركية للأمراض النفسية الذي عقد بمدينة تورنتو الكندية.

واحداً من بين كل عشرة أشخاص ممن تجاوزوا الستين من العمر يعاني منه، وأن حوالي ٧% منهم يعانون تحديداً من اضطراب القلق العام Anxiety، وقد بينت الدراسات أن اضطراب القلق العام أكثر شيوعاً لدى الكبار في السن، إذ يصيب٧% منهم، بينما لا تتجاوز نسبة الاكتئاب بينهم ٣%، وهو مع هذا يظل واحداً من أكثر الحالات النفسية التي لا تلقى اهتماماً من الأطباء أو كبار السن أنفسهم بتشخيصها أو معالجتها.



وتأتي هذه الملاحظات بالتزامن مع صدور إحصاءات حديثة تؤكد ارتفاع نسبة من تجاوزوا الستين عالمياً في شرق العالم أو غربه، ففي الولايات المتحدة وحدها سيزيد عدد من تجاوزوا الستين من العمر ٨٠ مليون شخص، مما يتوجب مزيداً من الاهتمام الطبي في مناطق العالم المختلفة بطب وأمراض كبار السن.

ومن الغريب أن الأبحاث لم تول اهتماماً مناسباً باضطراب القلق النفسي العام لدى الكبار، مما جعل الأطباء في الماضي إما أن يظنوا أنه نادر بينهم أو أن ما يلحظونه على نفسيتهم وتعاملهم هو جزء طبيعي من النفسية المتوقعة من المتقدم في

السن، في حين أن واقع الأبحاث الحديثة يشير إلى أنه شائع بينهم وذو مردود سلبي بالغ على حياتهم.

أنواع القلق:

القلق في الأصل جزء من الشعور الطبيعي للإنسان السليم، وهو ما يحس به الإنسان من آن لآخر، فالمراهقون والأطفال يقلقون من أداء الاختبارات أو عند دخول خبرات جديدة كقيادة السيارة أو التعامل مع الجنس الآخر، وهو ما يعتبر الشعور به جيداً، لأنه يساعد على ضبط تحركه في الأنشطة اليومية أو إتقان أداء دراسته أو المهارات العملية الأخرى، ويستمر الشعور به من آن لآخر لدى متوسطي العمر والكبار في السن من الجنسين، ويفيد في أحيان كثيرة، لكن المشاكل المرتبطة بالقلق في حالاته المرضية هي نتيجة للشعور به بدرجة تتميز بتأثيراتها السلبية على الإنسان، بعكس فوائد المقدار الطبيعي منه.

ويعتبر اضطراب القلق العام أحد أنواع القلق الأربعة الرئيسية، وهي بالإضافة له تضم الخوف المرضي أو الفوبيا phobia، واضطرابات الوسواس القهري obsessive compulsive disorder، واضطرابات الذعر panic disorder.

ويتميز القلق العام بالزيادة والإفراط في القلق حول الأحداث اليومية العادية التي تمر في حياة الإنسان أو أنشطة حياته اليومية، حينما تستمر المعاناة من هذا الشعور أكثر من ستة أشهر.

وبالرغم من أن من الطبيعي أن يزداد قلق الإنسان كلما تقدم به العمر نظراً لتأثر صحته أو نتيجة لاختلال الأوضاع المالية لديه وعدم توفر مقومات القدرة لديه على تحسينها كما في السابق، إلا أن القلق العام شأن آخر، لأنه يغدو قلقاً ثابتاً ومتكرراً وملازماً لنفسية الإنسان.

أعراض القلق:

تتنوع أعراض اضطراب القلق العام، ويختلف ظهورها بين المصابين، وتشمل:

- الشعور بالتوتر وعدم الاستقرار.

- الشعور بغصة في الحلق.
- عدم القدرة على التركيز.
- الشعور بالإعياء.
- سهولة التأثر.
- عدم الصبر.
- الشد العضلي.
- اضطرابات في النوم.
- نوبات من كثرة العرق.
- آلام في المعدة أو الإسهال أو ضيق في التنفس أو الصداع.

واستمرار الشعور بالقلق لمدة طويلة وبالكيفية العميقة، ومن أشياء متكررة في الحياة اليومية، له آثار سلبية عدة قد تصل بالإنسان إلى حد الإعاقة النفسية وإعاقة نشاط الحياة اليومية الطبيعي من أسري واجتماعي وحتى مالي، وعلى سبيل المثال فإن اضطرابات النوم أو البعد عن الأنشطة الأسرية والاجتماعية شائعة بين من لديهم القلق العام.

ولأن هناك فروقاً بين ما يصيب المتقدمين في العمر وما يصيب متوسطي العمر من القلق العام، فإن هناك حاجة إلى مزيد من الأبحاث حول أفضل سبل علاجه، وهو ما يقوم به الباحثون من جامعة بتسبيرغ ضمن مجموعة من الدراسات التي تدعمها المؤسسة القومية للصحة العقلية في الولايات المتحدة.

وتختلف نسبة الإصابة باضطرابات القلق في المجتمعات المختلفة لأسباب عدة، فهي قد ترتفع إلى حد يقارب ١٠٠% في حالات الحروب أو المجاعة أو الكوارث الطبيعية، وقد تنخفض إلى حد ١٥% في المجتمعات المستقرة بصفة عامة، ولا يقتصر القلق النفسي على المجتمعات الغربية فقط، بل يشمل مجتمعاتنا العربية وقد يكون بصورة أكبر مما لديهم.

الفصل الثامن
طب الشيخوخة

١. النسيان:

كثيراً ما يشكو المسنون من نسيانهم للأحداث القريبة، فبعضهم ينسى ما حدث له من شهر واحد، وآخرون ينسون ما قالوا منذ دقائق معدودات، وفئة أخرى تنسى الأشخاص القريبين منهم تدريجياً، فتبدأ بنسيان الأصدقاء ثم الأقرباء ثم الأولاد، وثمة آخرون يشكون من تلعثم الكلام، وعدم القدرة على التركيز والتعبير عما يجيش في نفوسهم.

والحقيقة إن كل هذه الأعراض هي جزء من حالة مرضية لا تصيب كل المسنين، بل تحدث عند بعض الأشخاص الذين يفقدون قدرتهم على التركيز والتفكير، نتيجة لشيخوخة خلايا الدماغ، وتصلب الشرايين ونقص كمية الأوكسجين الواصلة للدماغ.

وتشير الدراسات إلى أن ١٠% من كبار السن فوق سن الخامسة والستين، و ٢٠% ممن هم فوق الثمانين يعانون من مثل تلك الأعراض التي ذكرناها، لكن لا يعني هذا أن ذلك أمر حتمي يجب أن يصيب كل المسنين.

وبحلول عام ٢٠١٠، سيكون من بين كل ستة أشخاص في الولايات المتحدة شخص يتجاوز عمره الخامسة والستين، ومن المتوقع أن يصاب حوالي سبعة ملايين شخص بهذا الضعف في الذاكرة، وسوف يكلف علاجهم والعناية بهم حوالي ٤٠ مليون دولار سنوياً.

ولهذا تجرى الآن مئات الأبحاث لإيجاد حل لتلك المشاكل والأمراض التي تهدد المجتمعات، ويعزو الباحثون ٥٠-٦٠% من حالات فقد وضعف الذاكرة في سن الشيخوخة إلى مرض (الزهايمر)، أما ٢٠% منها فتحدث بسبب اضطرابات الدورة الدموية في الدماغ، و١٥% نتيجة مزج السببين السابقين، أما العشرون في المائة الباقية فتحدث نتيجة أمراض أخرى، ربما يكون بعضها قابلاً للعلاج مثل الاكتئاب النفسي واضطراب الغدة الدرقية ونقص بعض الفيتامينات وغيرها.

٢. خرف الشيخوخة:

خرف الشيخوخة عبارة عن ضعف مكتسب وشامل للذاكرة، والقدرة على حل مشاكل الحياة اليومية، وأداء الممارسات الحركية، وكل مظاهر اللغة والاتصال والتحكم، ويقوم المصاب بالخرف بتصرفات غير معتادة في الصحو في وقت متأخر من الليل ولبس ملابس العمل، والعجز عن معرفة الأشخاص، وعدم ضبط السبيلين، والإهمال في نظافة الجسم، والتحرك من دون هدف، وعدم معرفة مكان وجوده والتاريخ واليوم الذي هو فيه.

أنواع الخرف:

للخرف نوعان:

أ. خرف تنكسي وعائي: حيث تبدأ الحالة بعدم معرفة اليوم والشهر، وتنتهي بعدم معرفة العام وعدم التعرف على الوجوه والأشياء.

ب. حالة تنجم عن معاناة الدماغ بسبب نقص أوكسجين الدماغ، أو بسبب استقلابي، ويحدث المرض عموماً بشكل مفاجئ، حيث يتغير سلوك المريض بشكل كامل في خلال ساعات، ويعاني المريض من أشباح وتخيلات قد تكون مزعجة له.

٣. مرض "الزهايمر" Alzheimer's Disease:

يحدث هذا المرض نتيجة ضمور مستمر في خلايا الدماغ والخلايا العصبية بشكل عام في سائر أنحاء الجسم، مما يؤثر في الوظائف العقلية والعصبية للمريض، وضعف الذاكرة ثم فقدها أول أعراض مرض (الزهايمر)، وهو عرض يظهر ويتطور بسرعة، ثم تتبعه حالة من الاكتئاب وتغير المزاج والشخصية، ثم يعقب ذلك تدهور في صحة المريض بشكل عام حتى يصبح غير قادر على رعاية نفسه أو قضاء حاجاته بنفسه، وربما يبدأ مرض (الزهايمر) في مرحلة مبكرة في الخمسينات أو الستينات من العمر، ثم يتدهور بعد ذلك بسرعة مع تقدم العمر.

ويتم تشخيص المرض سريرياً، ولا توجد حالياً وسائل مختبرية لتشخيص المرض، وكان كبار السن يموتون قبل أن تظهر أعراضه واضحة بعد العقد الثامن من

العمر، إلا انه مع ارتفاع معدل عمر الإنسان، فإن هذا المرض بدأ يظهر بصورة واضحة جداً بين المسنين، خاصة من تخطى منهم سن الثمانين.

وهناك عامل وراثي يساهم في إظهار هذا المرض، كما أن هناك عدداً آخر من العوامل التي ربما تساعد على ظهور هذا المرض.

٤. مرض باركنسون:

وفيه يشكو المريض من الرجفة وبطء الحركة، والمشي بخطى قصيرة مع صعوبة الاحتفاظ بالتوازن، ويكون الارتجاف على أشده في نهاية الأطراف، ويظهر أثناء الراحة، ويخف بالحركة الإرادية لحظة ثم يعاود شدته الأولى، وينحني الجسم ويخفت الصوت، كما تضعف الذاكرة، وفي الحالات المتقدمة لا يستطيع المريض الاعتماد على نفسه.

٥. السقوط والمشية غير المتزنة:

قد يؤدي سقوط المسن إلى العجز أو الوفاة، كما قد يؤدي إلى الانعزالية نتيجة الخوف وفقدان الثقة بالنفس، فقد أشارت الدراسات العلمية إلى أن ٤٠% من المسنين الذين يتعرضون للسقوط يخشون القيام بالنشاطات اليومية المعتادة، وان ثلث المسنين يتعرضون إلى السقوط مرة أو مرتين في العام الواحد.

ويشكل السلم (الدرج)، سبباً كبيراً للسقوط، كما أن عدداً من الأدوية التي يستعملها المسن ربما تساهم في حدوث السقوط بسبب هبوط الضغط أو قلة درجة اليقظة عند استخدام هذه الأدوية، ويؤدي السقوط عند المسنين إلى حالات ربما تكون ذات نتائج خطيرة، ومنها كسر عنق عظم الفخذ، ويعتبر من أهم أسباب الإعاقة عند المسنين، كما يمكن أن يسبب الرقاد الطويل، وهو بقاء المسن ساقطاً أو راقداً على الأرض أكثر من ساعة من دون التمكن من النهوض.

ومن مضاعفات هذه الحالة التهاب الرئة والجفاف وغيرهما، والسقوط مشكلة كبيرة عند المسنين، وغالباً ما يؤدي إلى فقدان الاستقلال الذاتي للمسن، ويعتبر الخوف من السقوط ثانية من أهم أسباب فقدان المريض ثقته بنفسه، وأهم العوامل التي تؤدي إلى سقوط المسنين هي:

- ضعف الرؤية.
- البيئة المحيطة الخطرة: كالأرض الزلقة والأسلاك الكهربائية والإنارة السيئة.
- الأسباب الدماغية: وتشمل:

- **هبوط الضغط الانقباضي:** وفيه يشعر المريض بدوخة عند النهوض من السرير، وقد يتعرض للسقوط، وهو أمر شائع عند المسنين، خاصة عند الذين يتناولون الأدوية الخافضة لضغط الدم.
- **إغماء التبول:** وقد يحدث أثناء التبول في الليل عند خروج المسن من فراش دافئ إلى الحمام.
- **نوب ستوكس آدامز:** وفيها يحدث حصار قلب تام، ويغيب النبض أثناء النوبة، مما يؤدي إلى فقدان الوعي.
- **الأدوية:** أهم الأدوية التي يمكن أن تعرض المسن للسقوط الأدوية الخافضة لضغط الدم، ومضادات الكآبة، ومضادات الذهان، شرب الكحوليات.

٦. الاكتئاب:

وهو أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بين المسنين، ويرتبط حدوثه بالأمراض الجسمية وفقدان الأصدقاء والأقارب، ووجود صعوبات اجتماعية ومشاكل اقتصادية، وكثيراً ما يحتاج المسن إلى علاج نفسي يسبر أغوار المشكلة، أكثر مما هو بحاجة إلى دواء يتجرعه صباح مساء.

٧. أمراض العظام والمفاصل:

يتخلخل النسيج الإسفنجي في العظام مع تقدم السن، كما تفقد العظام مرونتها بمرور الزمن، وأكثر المفاصل شيوعاً عند المسنين هي:

أ. ترقق العظام الشيخي (وهن العظم): وتعبير (وهن العظم) هنا أدق، وهو أكثر شيوعاً عند النساء بعد سن اليأس، إلا انه يحدث لدى الجنسين، وتنقص فيه كتلة العظام من دون حدوث أي تغيير في التركيب الكيمياوي للعظم، وقد تقصر القامة بعد حدوث ترقق في الفقرات وانهيارها.

ب. التهاب المفاصل التنكسي: وكلمة "تنكسي" مأخوذة من قوله تعالى:﴿ وَمَنْ نُعَمِّرْهُ نُنَكِّسْهُ فِي الْخَلْقِ﴾ (يس: من الآية٦٨)، ويشاهد هذا المرض عادة بعد الخمسين من العمر، وتحدث فيه تغيرات تنكسية في العظام والغضاريف العضلية، وتؤهب البدانة للإصابة بهذا الداء، خاصة في مفاصل الركبتين، والألم هو العرض الرئيسي لهذا المرض، ومع تقدم المرض يحدث الألم أثناء الراحة.

٨. أمراض شرايين القلب التاجية:

وتعتبر القاتل الأول للإنسان، وهي مسؤولة عن وفاة ٧٥% ممن تعدوا سن الخامسة والستين من العمر، وهي شائعة الحدوث عند المسنين بسبب التصلب الشرياني في الشرايين التاجية في القلب، وحدوث مرض شرايين القلب التاجية مرتبط بعوامل مهيئة كالتدخين وارتفاع ضغط الدم والكولسترول ومرض السكري وزيادة الوزن وقلة الحركة وغيرها، ويتظاهر هذا المرض بالذبحة الصدرية أو جلطة القلب.

٩. السرطان:

ويمثل المركز الثاني في درجة انتشاره بين المسنين، ويزداد حدوث السرطان مع تقدم العمر، والكشف المبكر هو أحد أهم الوسائل الفعالة في القضاء على السرطان.

١٠. الشيخوخة والجهاز الهضمي:

تصاحب الشيخوخة تغيرات شائعة في الجهاز الهضمي مثل نقص حاسة الشم والتذوق ونقص إفراز اللعاب وسقوط الأسنان ونقص إفراز المعدة وضعف حركة الأمعاء، أضف إلى ذلك أن تغيرات أجهزة الجسم الأخرى لها انعكاساتها على الجهاز الهضمي، فالجسم متداخل ومتكامل، فتصلب الشرايين مثلاً يقلل من تغذية الأمعاء وحيويتها، والتغيرات العصبية والنفسية، خاصة الاكتئاب، التي تصاحب سن التقاعد أو سن اليأس في السيدات، لها تأثيرات عميقة واضطرابات وظيفية في الجهاز الهضمي.

ولابد من التنبيه إلى نقطة مهمة، وهي فرط حساسية المسنين للأدوية، فكثيراً ما يحتاج المسن إلى جرعات أقل من الجرعات المعتادة من بعض الأدوية، وكثير من

الأدوية محفوف بالمخاطر، فأدوية الروماتيزم ربما تسبب قروحاً في المعدة والإثني عشري، وأما المضادات الحيوية فقد يسبب بعضها الإسهال أو التهاب اللسان والفم.

أمراض الجهاز الهضمي في الشيخوخة:

أ. المريء:

فتق الحجاب والتهاب المريء شائع في هذه السن، وأعراضه المعروفة هي الحرقان وألم الصدر، أما عسر البلع فهو شائع أيضاً وأسبابه كثيرة، ومن المهم أن نتذكر دوماً عند حدوث أي مرض أو عرض عند أحد المسنين ضيق الشرايين والسرطان.

ويجدر بنا في سن الشيخوخة بالذات، ألا نبسط المشاكل ونصرفها على أنها مجرد اختلال وظيفي أو اضطراب نفسي، وألا نألو جهداً في التعرف على سبب الأعراض، فالعلاج رهن بالاكتشاف المبكر للمرض.

ب. المعدة:

رغم نقص الحموضة في المعدة مع تقدم السن، إلا أن القرحة الهضمية لا تزال شائعة عند المسنين، كما أن القرحة الهضمية تزداد في السيدات بعد سن اليأس، ولابد من التنويه إلى أن نزف القرحة عند المسنين غزير وعلاجه صعب، وهو محفوف بالمخاطر. كما يزداد مع تقدم السن ضمور الغشاء المخاطي، وهو مصدر لضعف الشهية وعسر الهضم، وسبب لنوع من فقر الدم.

ج. الأمعاء:

معظم أمراض الأمعاء المعروفة يمكن أن تصيب المسنين، إلا أن للشيخوخة أوضاعها الخاصة، فتصلب الشرايين وضيقها مثلاً يمكن أن يصيب الأمعاء الدقيقة والغليظة.

وقصور الشريان المساريقي الذي يغذي الأمعاء مرض مزمن يسبب ألماً في وسط البطن عقب الطعام، ويستمر لساعات، ونسميه أحياناً "الذبحة البطنية" على غرار (الذبحة الصدرية)، وهؤلاء المرضى يعزفون عن الطعام مخافة الألم، وأحياناً من الغثيان أو القيء أو الإسهال، وينقص وزنهم.

وهناك أمراض شائعة في الأمعاء عند المسنين، وتشمل الإمساك المزمن، وإدمان تعاطي الملينات والبواسير وسلس البراز ورتوج (جيوب) القولون والفتق الإربي وأورام القولون والمستقيم والتواء الأمعاء وانسدادها.

د. الإمساك عند المسنين:

الإمساك مشكلة شائعة جداً عند المسنين، فالمسن الذي لا يتحرك يطول عنده وقت مرور الغذاء في الأمعاء، فيصبح الغائط صلباً وصعب المرور، كما أن قلة الألياف في الطعام سبب مهم جداً من أسباب الإمساك، وهناك أسباب أخرى للإمساك عند المسنين مثل الاكتئاب وتأثير بعض الأدوية كالحديد مثلاً وورم في القولون وغيرها.

وعلاج الإمساك يكمن أساساً في تناول غذاء غني بالألياف والقيام بتمارين منظمة، وقد لا يكون من السهل أبداً الطلب من المسن المقعد القيام بتمارين رياضية، وربما احتاج الأمر إلى استخدام المسهلات والحقن الشرجية.

١١. أمراض الجهاز البولي:

كثيراً ما يعاني المسن من مشاكل في التبول، ومن أهم هذه المشاكل:

أ. سلس البول: وهو على خمسة أنواع:

- **سلس البول الكاذب (الوظيفي):** وهو سبب شائع لحدوث السلس عند مرضى المستشفيات، حيث يتأخر المسن في الوصول إلى الحمام، ويزيد استعمال بعض الأدوية مثل المنومات والمهدئات والمدرات البولية من حدة هذه المشكلة.
- **بيلة الإفاضة:** وتحدث عند المسنين نتيجة تضخم البروستاتا وحدوث انسداد جزئي في مجرى البول.
- **المثانة التشنجية:** اعتلال المثانة العصبي من أكثر أسباب السلس المزمن شيوعاً عند المصابين بالخرف الشيخي، حيث يصبح حجم المثانة صغيراً.
- **بيلة الشدة:** وهي مشكلة شائعة في سن الضهي عند النساء، وقد يكون سببها نقص الأستروجين أو ضمور المهبل أو الإحليل.

- **انحشار البراز:** وهو سبب شائع للسلس البولي عند المسنين المقعدين، حيث يصبح البراز كتلة قاسية يصعب خروجها مما يؤثر في وظيفة المثانة، وتتحسن الحالة بتنظيم التبرز والتخلص من الإمساك.

١٢. مشاكل العين:

ضعف البصر أمر لا مفر منه إذا عاش الشخص مدة طويلة، ومن أهم أمراض العين التي يعاني منها المسنون هي:

- مد البصر الشيخي.
- الساد الشيخي (الماء الأبيض في العين).
- الزرق (الماء الأزرق).

وفقد البصر عند المسنين أشد تأثيراً وإيلاماً من فقد البصر في سن مبكرة، حيث يتكيف المصاب مع مرور الزمن، وكثيراً ما يؤدي فقد البصر الذي يحدث بشكل غير متوقع عند شخص كان مبصراً، إلى فقدان الثقة بالنفس والاعتماد الكلي على الآخرين.

١٣. اضطرابات النوم:

اضطرابات النوم هي أحد أكثر المشاكل شيوعاً عند كبار السن، ففي الغرب تعتبر اضطرابات النوم السبب الرئيس في إدخال كبار السن دور رعاية العجزة، وتحدث عادة تغيرات عضوية عند كبار السن ومن هذه التغيرات ما يصيب نظام وطبيعة النوم.

وبالإضافة للتغيرات التي تصيب طبيعة النوم فإن كبار السن معرضون للكثير من الأمراض العضوية التي قد تؤثر على النوم بصورة مباشرة أو غير مباشرة، ويشكو حوالي نصف كبار السن من مشاكل في النوم، وأكثر ما يشكو منه كبار السن تقطع النوم، ويزيد الأرق بصورة مضطردة مع تقدم العمر، كما أن الاكتئاب (أحد الأسباب الرئيسة) للأرق هو أكثر شيوعاً عند كبار السن.

كيف يتغير النوم عند الكبر؟

قبل أن نتعرض للتغيرات التي تحدث للنوم عند كبار السن، من المهم أن نتعرف على النوم الطبيعي ومراحله، فالإنسان ينام في أوقات معينة (عادة الليل) ويستيقظ في أوقات معينة (عادة النهار)، وينظم ذلك في جسم الإنسان ما يعرف بالساعة الحيوية أو الإيقاع اليومي والتي يحددها في الأساس التعرض للضوء وإفراز هرمون الميلاتونين.



والنوم الطبيعي يتكون من قسمين رئيسين هما القسم الذي تحدث فيه الأحلام وتعرف بمرحلة حركة العينين السريعة والقسم الذي لا تحدث فيه حركة للعينين، ويتكون هذا القسم من أربع مراحل هي: المرحلة الأولى، المرحلة الثانية والمرحلة الثالثة والرابعة، ويبدأ النوم عادة بالمرحلة الأولى ومن ثم يتقدم للمراحل الأعمق، وتعرف المرحلتين الثالثة والرابعة بالنوم العميق، وهاتين المرحلتين مهمتين لاستعادة الجسم نشاطه.

ويقضي متوسطي وكبار العمر نسبة أقل في المراحل العميقة من النوم وعادة ما تقل هذه النسبة بصورة مضطردة مع تقدم العمر، فعند سن السبعين مثلا يقضي الإنسان نسبة قليلة جداً في المراحل العميقة من النوم تصل عند البعض إلى حوالي الصفر، كما أن كبار السن أكثر عرضة لتقطع النوم خلال الليل، وهذا قد يكون نتيجة لأسباب عضوية في بعض الأحيان، ويصعب التعرف على السبب في أحيان أخرى.

وعادة ما يغفو كبار السن غفوات قصيرة وبصورة متكررة خلال النهار وهذا يزيد من الأرق بالليل، وعند كبار السن تكون الساعة الحيوية أقصر من الطبيعي مما ينتج عنه النوم مبكراً خلال الليل والاستيقاظ مبكراً (فمثلاً قد ينام كبير السن الساعة التاسعة مساء ويستيقظ الساعة الثانية صباحاً).

والتغيرات السابقة هي نتيجة لعدة تغيرات في الجسم توصل العلم لمعرفة بعضها، فإفراز بعض المواد كهرمون الميلاتونين (هرمون النوم) يقل عادة عند كبار السن، كما أن أسلوب الحياة الذي يتبعه بعض كبار السن من قلة الحركة والخمول خلال النهار وعدم التعرض للضوء الخارجي يؤثر على جودة النوم.

الوقت الذي يقضيه كبار السن في النوم:

هناك اختلاف بين المختصين في طب النوم حول ذلك الموضوع، ففي حين يعتقد الكثير منهم أن عدد ساعات النوم خلال الأربع وعشرين لا تتغير مع تقدم العمر بالرغم من قلة عدد ساعات النوم بالليل بسبب كثرة الغفوات خلال النهار، ويعتقد البعض أن حاجة كبير السن للنوم تقل مع تقدم العمر.

المشاكل الطبية الشائعة التي تؤثر على النوم عند كبار السن:

هناك الكثير من المشاكل الطبية التي تؤثر على جودة النوم عند كبار السن بصورة مباشرة أو غير مباشرة، من هذه المشاكل:

- آلام المفاصل وهشاشة العظام.
- حموضة المعدة وترجيع الحمض إلى المريء.

- الاضطرابات التي تصيب الجهاز البولي.
- أمراض القلب والجهاز التنفسي المزمنة.
- تصلب الشرايين الطرفية.
- الأمراض التي قد تصيب الجهاز العصبي عند كبار السن كمرض الرعاش (الباركنسون) ومرض الزهايمر وغيرها.

فكل المشاكل الطبية السابقة تؤثر على النوم وتجعله متقطعاً وقد تسبب الأرق. كما أن كبار السن أكثر عرضة للإصابة ببعض اضطرابات النوم المعروفة، فاحتمال الإصابة بالشخير يزيد مع تقدم العمر، وعند الأشخاص الذين تخطوا سن ٦٥ سنة يصيب توقف التنفس أثناء النوم ٢٨% من الرجال و ٢٤% من النساء، كما أن احتمال الإصابة بمتلازمة حركة الساقين غير المستقرة وحركة الأطراف الدورية أثناء النوم تزيد باطراد عند كبار السن، فقد أظهرت إحدى الدراسات أن حوالي ٤٥% من كبار السن يعانون من حركة الأطراف الدورية.

مساعدة كبير السن المصاب باضطراب في النوم:

يحتاج كبير السن الذي يعاني من الأرق أو زيادة النعاس خلال النهار إلى تقييم من قبل طبيب مختص لتحديد ما إذا كان اضطراب النوم ناتج عن نقص في النوم أو مرض عضوي أو اكتئاب أو أحد اضطرابات النوم، ويوصف
العلاج لكل مريض بناء على التشخيص الإكلينيكي للحالة، وفي بعض الحالات قد يكون هناك حاجة لإجراء دراسة للنوم.

ولكن بصورة عامة ينصح كبار السن بإتباع التالي:

- ممارسة التمارين الرياضية (المناسبة لعمر وصحة الشخص) بصورة منتظمة.
- الانتظام في مواعيد النوم والاستيقاظ (وخصوصاً وقت الاستيقاظ).
- التقليل قدر الإمكان من الغفوات والحد منها إلى غفوة واحدة بحيث لا يزيد وقت الغفوة عن نصف ساعة.

- التعرض للضوء الخارجي في وقت العصر لتأخير الإيقاع اليومي (الساعة الحيوية) ومن ثم تأخير وقت النوم.
- محاولة التقليل من المنبهات كالقهوة قدر الإمكان وبالذات وقت المساء.
- عدم استخدام الحبوب المنومة إلا بعد استشارة الطبيب المختص لأن هذه الحبوب قد تسبب آثار جانبية لدى كبير السن كما أنها تزيد من احتمال توقف التنفس أثناء النوم.

الفصل التاسع
علاج الشيخوخة

لا زال سر الشيخوخة غامضاً ومعقداً، وهناك نظريات كثيرة تشير إلى أسباب تتعلق بالخلية وأسباب تتعلق بالنظام الوراثي وعوامل الوراثة وأسباب تتعلق بالزمن البيولوجي بالأجسام، وتؤثر على كل هذه العوامل عوامل البيئة وعوامل المرض وعوامل معاناة الحياة وأغلب الظن أن سر الشيخوخة يكمن في كل تلك الأسباب مجتمعة.

ولكن ما هو علاج الشيخوخة؟ لا يوجد للشيخوخة شفاء ولكن لها أنواعاً كثيرة من العلاج التي تخفف من آلامها وتحافظ على صحة أعضاء الجسم أثناءها.

المبادئ الأساسية في علاج أمراض المسنين:

محاولة تقليل المدة التي يقضيها الإنسان المسن في الفراش في حالة استرخاء عضلي كامل لأن ذلك يترتب عليه ظهور أمراض فيه فضلاً عما يصيبه من ضعف وضمور في العضلات والعظام، ولابد من الرياضة البدنية الخفيفة مثل المشي وهذا يؤجل شيخوخة العضلات والعظام.

عدم إعطاء أدوية كثيرة للإنسان المسن للأسباب الآتية:

- قد ينسى الجرعة المناسبة أو يتناول الدواء في غير مواعيده، وثبت أن ٦٠% من المسنين يقعون في أخطاء في تناول الأدوية، وقد يودي ذلك بحياتهم.
- بعض الآثار الجانبية للأدوية لا يتحملها الجسم في الشيخوخة.
- العلاج الغذائي: الإكثار من تناول الفاكهة والخضراوات والفيتامينات (وخاصة ج، هـ) والتقليل ما أمكن من اللحوم والدهون الحيوانية.

وقد عقدت الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية على مدى ثلاثة أيام مؤتمراً دولياً عن الشيخوخة في أوائل شهر مايو ١٩٩٦، وذلك لدراسة ما من شأنه الحفاظ على صحة المسنين دون تعرضهم لأمراض الشيخوخة التي تمثل عبئاً ضخماً على الخدمات الصحية والاجتماعية، وخاصة أن عدد المسنين هناك في ازدياد.

إذاً هناك أنواع من العلاج والدواء ولكن لا يوجد شفاء من الشيخوخة قط هذا هو آخر ما توصل إليه العلم في عصرنا هذا، وهذا ما لم يفهمه الناس عبر العصور الماضية.

الشيخوخة الحقيقية لا علاقة لها بكبر السن:

يجب عدم الخلط بين مفهوم الشيخوخة وكبر السن، فالحقيقة أن ليس كل كبار السن يعيشون (شيخوخة)، ووصول الإنسان إلى مرحلة الشيخوخة يصاحبه العديد من التغيرات البيولوجية والنفسية فنجد مثلاً تدهور الوظائف العقلية مثل ضعف الذاكرة والنسيان ومظاهر تخريف الشيخوخة كتكرار الحديث ذاته عدة مرات ونسيان الأبناء والأهل، البطء في التفكير، وتباطؤ القدرة على الابتكار وضعف القدرة على التعليم.

وتتأثر عملية الإدراك والتذكر بنشاط خلايا المخ التي تطرأ عليها تغيرات تؤثر على نشاطها وفعاليتها، ومظهر الضعف الجسمي والأمراض المزمنة والإحالة للتقاعد وافتقاد شريك الحياة وابتعاد الأبناء عن الأسرة كل ذلك يشعره بالغربة والخوف والحاجة للسند.

كما يزداد إحساس المسن بذاته ويوجه كل اهتماماته نحو ذاته مما يعرضه لأن يتخذ أحد الموقفين أما محب لنفسه ومعجب بها أو موقف اللامبالاة والتعلق بالماضي، حيث يشعر بالنقص الذي عليه حاضره فيحاول تعويضه بإضافة ماضيه إلى حاضره.

والتقدم في العمر لا ينقصه أبداً خصوبة في العاطفة مما يجعل كثيراً من المسنين ينخرطون في حالة من الوله والحب مع بعض الشابات أو المراهقات ويزيد آلامهم استنكار القيم الاجتماعية لهذه العلاقات وسخرية الناس واستهزائهم منها، وقد ينتاب المسنون حالات من البكاء والحنين إلى أحبائهم ممن رحلوا.

كما يتسم المسنون ببعض سمات الأطفال مثل عدم التحكم في الانفعالات تحكماً صحيحاً شأنهم في ذلك شأن الأطفال الذين يعجزون عن ضبط مشاعرهم وعواطفهم والعناد وصلابة الرأي والميل لمديحهم والإطراء على أفعالهم، كما يشعرون دائماً بالخوف من الآخرين وعدم الثقة بهم، ويغلب على طابعهم التعصب الذي لا يكون في جوهره على أساس، فهم يتعصبون لجيلهم وآرائهم وكل ما يتعلق بهم ويشعرون أنهم مضطهدون، كما يفضلون الطرق والأساليب التي اعتادوا عليها وسبق تجربتها فهم غير مستعدين للمغامرة والتجربة الجديدة.

ومن الضروريات التي يحتاجها المسن كي يتجنب معاناة الشيخوخة:

- أن تكون له اهتمامات قوية ومتنوعة.

- له استقلال اقتصادي يجعل الاستقلال المعيشي ممكناً.
- علاقات اجتماعية عديدة مع الناس من كل الأعمار وليس مع المسنين فقط.
- القيام ببعض الأعمال المسلية والممتعة بشرط ألا تكون مرهقة.
- تجنب الشكوى والاعتراض ونقد الآخرين الأصغر سناً.

التمرينات الرياضية ينبوع الشباب للمسنين:

العمر السني والعمر الحيوي Chronological and biologic age

يقيّم عمر الإنسان حسب العمر الزمني وهو عمرنا بعدد السنين منذ الولادة، والعمر الحيوي وهو يحسب بعدة عوامل مثل المحتوى المعدني للعظام وأقصى قدرة على استهلاك الأوكسجين والقوة العضلية والمرونة، فمن الممكن أن يكون عمر الشخص ٦٥عاماً بينما عمره الحيوي ٥٥عاماً حسب لياقته وحالته الصحية.

والمحافظة على برنامج منتظم لرفع اللياقة البدنية يؤدي إلى جعل عمرنا الحيوي يقل كثيراً عن العمر السني، ويقول العالم كاسك في الدراسة التي أجراها عام ١٩٩٣ إن الرجال الذين مارسوا برنامج منتظم لتمرينات قوة التحمل (كالمشي والسباحة وركوب الدراجات) كانوا قادرين على منع من ٩%- ١٥% من الانحدار المتوقع في الكفاءة البدنية لأجسامهم وقوة تحملهم للتمرينات والإجهاد مما خفض من عمرهم الحيوي.

وقد وجد العالم ناكورما[١] إن الأشخاص اللذين أدوا التمرينات بانتظام كان عمرهم الحيوي أصغر من عمرهم السني بـــ ٤,٧ عام بناء على ١٨ اختبار فسيولوجي أجري لهم و ٥ اختبارات للياقة البدنية، لذا فإن الانتظام في أداء التمرينات ورفع اللياقة البدنية تجعل الجسم حيوياً في سن أقل من السن الحقيقي وتعطي الفرصة لصحة جيدة وعمر أطول.

وتشير الأبحاث أن الشيخوخة لا تعوق القدرة على رفع قوة العضلات وزيادة حجمها فعندما تدرب مجموعة من المسنين من (٦٠ - ٧٢) عاماً لمدة ١٢ أسبوع لتقوية العضلات المسؤولة عن ثني ومد الركبة فقد زادت قوة عضلات مد الركبة بنسبة

---

(1) في بحث نشرته المجلة الأوربية للفسيولوجي التطبيقي.

١٠٧% وعضلات الثني بنسبة ٢٢,٧% وزاد حجم هذه العضلات بنسبة ٣٠% تقريباً، وقد أثبتت الأشعة المقطعية للعضلات أن المسنين الذين يمارسون الرياضة يكون المحتوى العضلي عندهم أكبر، والمحتوى الدهني أقل والمسنين الذين لا يمارسون التمرينات الرياضية يكون المحتوى الدهني في جسمهم أكبر والعضلي أقل.

وتؤدي التمرينات أيضاً إلى تحسين تغذية غضاريف المفاصل حيث يساعد الضغط والخلخلة الناتجة عن انقباض واسترخاء العضلات إلى دخول السوائل والمواد المغذية للغضاريف، كما تحسن قدرة القلب على ضخ الدم والمرونة وسعة الرئتين التنفسية خاصة مع المواظبة على تمرينات التنفس، وتزيد أيضاً من مناعة الجسم التي تقل تدريجياً مع تقدم السن.

ويجب أن يكون هناك برنامج لتنشيط المسن وتقليل أوقات الجلوس والرقود على السرير، ويكون هذا التنشيط عن طريق حفز المريض معنوياً على أداء ذلك، والعلاج الجماعي الذي يزيد من حماسه واهتمامه ببرنامج التمرينات وبزيادة ثقته في نفسه.

ويجب أن تبدأ التمرينات بفترة وجيزة ١٠- ١٥ دقيقة ثم تزداد تدريجياً وتبدأ بالإحماء الخفيف في البداية وتنتهي بالتبريد (وهو التوقف التدريجي لشدة التمرين وليس التوقف المفاجئ)، ويفضل أن تكون التمرينات يومياً لأن أغلب المسنين لن يستطيعوا أن يتدربوا إلا لفترة قصيرة.

ولهذا يجب أن يمتنع المسن عن التمرين في جو حار رطب لمنع زيادة الحرارة الداخلية للجسم، وأن يتدرب في ملابس فضفاضة تسمح بانتقال الحرارة وامتصاص العرق حيث تقلل الشيخوخة من قدرة المسن على تحمل الحرارة سواء في فترة الراحة أو أثناء التمرين، مما قد يؤدي إلى زيادة الحرارة الداخلية للجسم، ويرجع السبب في هذا إلى أن الشيخوخة تؤدي إلى نقص إفراز الغدة العرقية وهذا بدوره يؤدي إلى عدم قدرة الجسم على أن يفقد الحرارة الزائدة من خلال التبخر.

الفصل العاشر
رعاية المسنين

ينبغي علينا أن نرشد الكبار منا إلى مواطن القوة في حياتهم ومواطن الضعف، وهناك مجموعة من الاعتبارات التي ينبغي أن يدركها كل مسن:

١. ليست الشيخوخة كلها ضعفاً ولا هي كلها قوة، وقد تكون أيام الشيخوخة من أكثر أيام الحياة إنتاجاً وإبداعاً.
٢. الشيخوخة حالة نفسية قبل أن تكون فيزيولوجية أو عضوية، فينبغي عدم الاعتماد على المعيار الزمني للشيخوخة.
٣. ربما تضعف الملذات الجسمية والمادية في الشيخوخة، إلا أن الملذات الفكرية والروحية والدينية تقوى عند المسنين.
٤. على المسن أن يتقبل حياته كما هي، وأن يعتقد أنه قادر على ابتكار أشياء جديدة.

احتياجات المسن النفسية والاجتماعية والطبية:

أولاً: الاحتياجات النفسية:

١. حفظ كرامة المسن، واحترامه، وإشعاره بأهميته في الحياة.
٢. توفير جو أسري آمن لرعاية المسن مما يساعده على التوافق النفسي.
٣. إشباع حاجاته الوجدانية عبر تواصله مع الأقارب ودمجه في المناسبات والأعياد المختلفة.
٤. تشجيعهم على الاعتماد على أنفسهم في قضاء احتياجاتهم الشخصية مما يسهم في تعزيز الثقة في أنفسهم.
٥. تشجيع المسن على الحفاظ على علاقاته الاجتماعية وتنميتها مما يسهم بمقدار كبير في خفض حدة المشكلات النفسية.

ثانياً - الاحتياجات الاجتماعية:

١. تيسير حياة المسن الاجتماعية وعلاقاته الأسرية ليعيش في إطار الدفء العائلي.

٢. تعاون أفراد الأسرة في تلبية احتياجات المسن.
٣. تجنيب المسن الوحدة والعزلة الاجتماعية من خلال المشاركة في الأنشطة والزيارات.
٤. الاهتمام بالرعاية الدينية للمسنين، فالمسن الأكثر وعياً دينياً يكون أكثر توافقاً صحياً، ونفسياً، وعقلياً، واجتماعياً، وأسرياً.
٥. البعد عن إزعاجهم وتجنب الشجار وإثارة الجدل معهم.
٦. منح كامل الحرية والاستقلالية للمسنين لتدبير أدوار حياتهم دون وصايا أو تدخل.

ثالثاً ـ الرعاية الصحية:

١. توفير الرعاية الصحية من خلال الفحص الطبي والدوري للكشف عن أي مشكلات صحية.
٢. توفير العلاج الطبيعي للمسنين الذين تتطلب حالتهم الصحية ذلك.
٣. تحديد نوعية وكميات الغذاء اللازم للمسنين حسب حالتهم الصحية.
٤. وضع برنامج يومي لمعيشة المسنين وتحديد مواعيد الاستيقاظ والنظافة الشخصية والاهتمام بأوقات تناول وجبات الطعام.

أوجه رعاية المسنين:

١. حث الأبناء على رد الجميل تجاه والديهم الشيوخ في هذه المرحلة من حياتهم.
٢. تقديم الرعاية الطبية والصحية للمسنين.
٣. الاهتمام بالصحة النفسية للشيخ المسن وإشعاره بالحب، وأن أهله بحاجة إليه.
٤. تنمية العلاقات الاجتماعية، وتوسيع دائرة صداقات المسن مع المتكافئين معه سناً وثقافة ومستوى، والحرص على ملء وقت فراغهم.
٥. تشجيع المسن على البحث والقراءة حتى تبقى ذاكرته حية.

الرعاية الصحية للمسنين:

أ. خصائص الأوضاع الصحية عند المسنين:

١. الحجم:

إن حجم المسنين يتزايد بشكل مضطرد، سواء كان تزايداً عددياً أو نسبياً، ففي عام ٢٠٠٠ وصلت نسبة المسنين (فوق الستين) إلى ٩,٦% من مجموع سكان العالم، وفي عام ٢٠٢٠ ستصل إلى ١٢,٥%.

٢. العجز:

إن ٢٩% من المسنين مصابون بعجز في القيام بأحد الفعاليات اليومية مقابل ٧ % عند غير المسنين، وهذه من أصعب المشاكل التي يواجهها المسنون، وتستدعي التخطيط المسبق لزيادة حجم مرحلة الاعتماد على النفس.

٣. التكلفة:

إن المسنين هم أكثر الفئات استخداماً للخدمات الصحية، وهم الأكثر استهلاكاً لكل الإمكانات الطبية، سواء في مجال إشغال الأسرة في المستشفيات، أو بكمية الأدوية المستهلكة، وقد بلغت النفقات الحكومية على المسنين في بعض المجتمعات ثلاثة أضعاف نفقاتها على الأطفال، وان ٣٠% من نفقات العناية الحية تصرف على المسنين، رغم أن نسبتهم تبلغ حوالي ١١% من مجموع السكان.

٤. تعدد أمراض المسنين:

كثيراً ما يصاب المسن بأكثر من مرض، وتشير الدراسات إلى أن المسن قد يصاب بـــ ٤- ١٠ أمراض في آن واحد.

إن هذه الخصائص الأربع، تظهر بوضوح أن المشاكل الصحية عند المسنين تشكل التحدي الأكبر لكل الأنظمة الصحية، ولكل الأنظمة ذات العلاقة، وهذا يستوجب التخطيط العلمي السليم منذ الآن، والتصدي المبكر حالاً، حتى لا تكون الخسائر جسيمة والثمن باهظاً، وأن الرعاية الصحية للمسنين يمكن أن تقدم من خلال مستويين:

١. الرعاية الصحية الأولية، والمتمثلة في حصول المسنين على نصيب عادل من الخدمات الصحية بما يتناسب مع احتياجاتهم.

٢. خدمات طب الشيخوخة: وهذه الخدمات تضم طاقماً متعدد الاختصاصات، ومنهم الطبيب والممرضة والاختصاصي والاجتماعي والنفسي وغيرهم، ولابد من وجود أقسام أو مستشفيات وفقاً على أمراض الشيخوخة، ولابد من التأكيد على أن العناية الصحية بالمسنين ليست محصورة في مستشفى أو عيادة، بل هي نظام يمتد إلى المنزل والمؤسسات والمجتمع.

ب. مجالات الرعاية الصحية للمسنين:

تتوقف هذه الرعاية على الحالة العامة لِلمسن، وقد لا يحتاج بعض المسنين إلى رعاية خاصة، ويستطيعون العناية بأنفسهم، ويملكون زمام أنفسهم واستقلالهم، أما من تستدعي حالتهم تقديم هذه العناية، فيجب أن تكون في جميع مجالاتها بدنياً واجتماعياً ونفسياً.

١. في مجال السكن:

أ- توفير الأمان بمكان الإقامة من حيث الكهرباء والأسلاك الكهربائية وتأمين الغاز ومعالجة أرضية الحمام والبانيو بما يمنع انزلاقهم وسقوطهم.

ب- نصحهم ولفت انتباههم إلى عدم التدخين في الفراش، حيث قد يستسلم البعض للنوم ومعه سيجارة مشتعلة قد تتسبب في حدوث حريق لا تحمد عقباه.

٢. في مجال النشاط الاجتماعي:

من الأهمية بمكان العمل على استمرار المسن متحركاً بقدر الإمكان مزاولاً أي نشاط مناسب، مشاركاً في الحياة والعطاء، مثبتاً ذاته، وأنه مرغوب فيه، وفي خبرته وعطائه، وإظهار الوفاء والاحترام له، وتشجيعه على ممارسة نشاطاته وخبراته، وان يشعر أنه ما زال قادراً على العطاء.

ينبغي أن نعمل على تشجيعه على مقابلة الأفراد والزملاء، والقيام بالرحلات غير المرهقة إذا تيسر وسمحت الظروف، وحضور الندوات والمشاركة فيها، خاصة في موضوعات الساعة، والندوات الثقافية والعلمية والدينية.

إقامة جمعيات يشمل نشاطها الاهتمامات التي تلائم كل متقدم في السن. قيام الاختصاصيين الاجتماعيين وطلبة الطب وهيئة التمريض بزيارات دورية لمن لا يستطيع منهم مغادرة المنزل، وتخصيص عيادات خاصة برعاية المسنين لمن يستطيع منهم الحضور، تقوم بالكشف الطبي الدوري، وكذلك علاج الحالات المرضية، وتقديم الخدمات التأهيلية، مثل النظارات الطبية أو أجهزة السمع أو أجهزة المساعدة على المشي وغيرها والتثقيف الصحي للمترددين على تلك العيادات، وينبغي أن يكون هناك تخصص في طب الشيخوخة مثلما هي الحال في الغرب.

دار المسنين:

قد تضطر بعضهم الظروف إلى الالتجاء إلى دار المسنين، وقد تكون الإقامة بصفة دائمة أو تكون نهارية، لكن ينبغي أن تعد تلك الأماكن بطريقة علمية مدروسة، وتعلم خفايا وأسرار تلك المرحلة من العمر، وكيفية التعامل معها، وألا تتعامل بمفهوم أنها منزل للسكن والطعام والنوم، إنما هو مجتمع مثمر في نشاطات وعطاءات.. كل حسب قدرته.

تقديم الخدمة الاجتماعية لكبار السن:

إن الاهتمام برعاية كبار السن هو أمر يهم الجميع، إذ تحضى فئة كبار السن في مجتمعنا بمكانة متميزة مرموقة كما تحتل منزلة رفيعة من التقدير والرعاية والاحترام وذلك بفضل تعاليم الدين والقيم الثابتة بما تصاحبه من عادات وتقاليد محمودة التي تسود علاقات الناس بعضهم ببعض.

وبفضل القيم الإنسانية والأخلاقية المستمدة من أحكام وتعاليم الشريعة الإسلامية، وليس هذا يقتصر على الجانب الأخلاقي والديني فحسب بل على الجانب الاقتصادي بما يقدمه ويكفله المجتمع من ضمان اجتماعي وأسري، في حين تفتقد كثير من المجتمعات في وقتنا الحاضر إلى ذلك.

ويشهد العالم في الوقت الحاضر تحولات ديموغرافية واجتماعية واقتصادية ونفسية تعم آثارها على معظم سكان العالم بكل فئاته العمرية ومن بينهم كبار السن الذي سيصبحون في عام ٢٠٢٥ حوالي ١،١٠٠ مليار نسمة، وقطاع المسنين من السكان هو الأسرع في النمو كما تشير إحصائيات الأمم المتحدة في تقاريرها.

ولأهمية العناية بالمسنين عني المجتمع الدولي بوضع الأنظمة والقوانين التي تكفل لهذه الفئة الاطمئنان والراحة، فمنذ سنة ١٩١٢ وضعت الجمعية العالمية الباحثة في معضلات الترهل السكاني والتي عقدت في فيينا خطة عمل دولية ما تزال حتى اليوم مرجعاً على الصعيد العالمي، كما أجرت بحوثاً أدت إلى تحديد ثمانية عشر مبدأ من قبل الأمم المتحدة لأجل المسنين جمعت في خمسة فصول: الاستغلالية، المشاركة، الرعاية، تحقيق الذات والكرامة، ثم صدر القرار الأممي لتخصيص يوم عالمي للمسنين في أول أكتوبر من كل عام.

وإذا كانت رعاية المسنين ما تزال تحظى بشكل كبير بعناية الأسرة والمجتمع والمؤسسات المعنية فإن هذا يعني بالضرورة تقديم رؤية واضحة لما يمكن أن يقدم للمسنين من رعاية من خلال إعادة الثقة بين المسنين وأسرهم ومجتمعهم والمؤسسات المعنية برعايتهم من خلال الاستفادة من التقدم العلمي في تقديم رعاية أفضل للمسنين وذلك للوقاية من مشكلات قائمة ومشكلات محتملة لديهم، خاصة وإن هذه المشكلات الجديدة هي إفراز طبيعي للحياة الجديدة التي يواجهها المسنون بهذا العصر والتي لم يتعودوا عليها في ما مضى من سنوات أعمارهم السابقة، مع الأخذ بعين الاعتبار أن لدى هؤلاء المسنين من الثراء المعرفي ما يؤهلهم لتقييم الأوضاع الجديدة التي يعيشونها بشكل واقعي لا يجنح إلى الخيال.

إن رعاية المسنين على المستوى الاجتماعي لا يقل أهمية عن رعايتهم على المستوى الأسري، لذلك فإن دور الخدمة الاجتماعية في رعاية المسنين تحظى باهتمام الدول في مختلف المجالات.

ومع التقدم المعرفي والتكنولوجي وثورة الاتصالات ووسائل الإعلام وسهولة الاتصال لا يدفعنا هذا إلى الغرور ويفقدنا التواصل ومن ثم إلى تقزيم حكمة الآباء والأجداد وانسحابهم وزوال صلاحية العديد من أفكارهم ومن ثم السعي إلى تغييبهم وتهميشهم عن مسرح الأحداث الحياتية بحجة أنهم لم يعودوا ذوي صلة بالعالم والمجتمع وتطوراته، أو لأي سبب كان.

والخدمة الاجتماعية كمهنة في جميع المجالات التي تخص كبار السن والتعامل معهم تنظر لكبير السن ورعايته وتقديم الخدمة له بما يوجه به الإسلام من احترام وتقدير بوصفه عباده بل وباعتبارها من الحقوق والواجبات الملزمة للمسلم... وهذا ما يلتزم به الأخصائي الاجتماعي والأخصائية الاجتماعية.

وفي حقيقة الأمر إن المجتمع يزدهر ويتطور ويشار إليه بالمجتمع الفاضل بحكم ما يوفره من رعاية لأفراد مجتمعه عبر مراحل النمو المختلفة ومنها مرحلة الشيخوخة وكبر السن، وتشمل هذه الرعاية الجوانب الصحية والنفسية والترفيهية والاجتماعية والاقتصادية، بعلم وبحث وتخصص، من خلال بتقديم الخدمة بحب، ورغبة جادة في الالتزام.

والخدمة الاجتماعية هي علم من العلوم الاجتماعية المتخصصة في فنون توفير الرعاية الاجتماعية لكبار السن بما يقوم به الأخصائي الاجتماعي والأخصائية الاجتماعية من ترجمة لمبادئ وقيم تعاليم الشريعة الإسلامية في توقير واحترام كبير السن ورعايته والاهتمام بشؤونه كواجب مهني إنساني بالاعتماد على الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، والمعايشة للواقع وصعوبات الميدان والتعايش القريب والتطبيق العملي الناتج عن بحث ميداني هادف لتحسين الخدمة.

وتهدف الخدمة الاجتماعية إلى حماية أفراد المجتمع في مواجهة الإحباطات وما ينجم عنها من مشاكل اجتماعية كثيرة، كما تهدف أيضاً إلى التغلب على العقبات التي يواجهها أفراد المجتمع والتي تعرقل مسيرة التنمية، وتحد من إسهامات الفرد بهذه المسيرة، وتوجه الخدمة الاجتماعية جهودها إلى جميع فئات المجتمع دون استثناء، وفي هذه الفئات فئة المسنين الذين تزداد نسبهم بمختلف المجتمعات في ظل تناقص عدد المواليد لسبب تنظيم أو تحديد النسل وهي توجهات لم تكن مقبولة من عامة الناس في السابق.

وكبار السن وفي حالتهم الصحية والنفسية والاقتصادية والاجتماعية يعدون من الضعفاء والعاجزين عن القيام بأمور أنفسهم وهم في أمس الحاجة لمساعدة غيرهم وعلى الأسرة والأقارب نسبة كبيرة من المسؤولية في القيام بالواجب وتقديم الرعاية والاهتمام والعناية بهم وبشؤونهم الخاصة وحياتهم المعيشية اليومية ومشاركتهم واستشارتهم.

وثبت من واقع معايش إن تنشئة الأطفال تكون صحيحة في ظل وجود كبير السن بالمنزل كموجه وخبير ويملك الحكمة والخير الكثير في توجيهاته وآرائه، ومن هذا المنطلق تؤكد الخدمة الاجتماعية في ممارستها مع كبار السن على أهمية العمل الجاد لخدمة هذه الفئة العمرية وذلك لأننا نتوقع أنها أكثر الشرائح العمرية ارتفاعاً في المستقبل القريب المتغير كل يوم، فمعظم السكان ينتظر أنهم سيمرون بهذه المرحلة العمرية، ومن ثم فان الحاجة ماسة إلى تقديم أفضل الظروف والسياقات الاجتماعية والصحية الطبية لصالح هذه الفئة في ظل التحولات والتغيرات الاجتماعية والثقافية والعولمة بالعالم ككل، وما تؤثره على قيم المجتمع واتجاهاته خاصةً فيما يتعلق بالتعامل مع كبار السن ومشكلاتهم واحتياجاتهم بما يحول دون تدهور مكانة المسن وشعوره بالعزلة أو الانسحاب من المجتمع، والتأكيد على ضرورة رعايته وتكريمه واحترامه وتقديم كل ما من شأنه أن يجعل حياته حياة كريمة مريحة داخل الأسرة والمجتمع.

فالعمل مع كبار السن يستلزم مراعاة التغيرات النفسية والاجتماعية والصحية والاقتصادية المصاحبة عن التقدم في العمر، والتدهور في الصحة الجسدية في إطار عادات وتقاليد وقيم وأعراف المجتمع والنظم السائدة للمجتمع الذي ينتمي إليه كبير السن.

ولا يمكن للأسف تجاوز الواقع الاقتصادي والنظرة العقلانية في الوقت الحاضر حتى في تناول موضوع إنساني حساس كبر الوالدين أو التعامل مع كبار السن الذي يخص شريعتنا الإسلامية انطلاقاً من معايير وأسس أخلاقية في المقام الأول، مع توظيف إرشادي في أنشطة وبرامج التوجيه في المناهج التدريبية أو الأنشطة الترفيهية بما يكفل رعاية كبير السن من عدة جوانب دينية وأخلاقية وإنسانية واقتصادية ونفسية واجتماعية، مع أهمية مراعاة الاتجاهات الفكرية لدى المسن التي نمت وتطورت عبر السنين.

وهنا يتضح دور الأخصائي الاجتماعي في مساعدة المسن للوصول به إلى درجة التوافق النفسي والاجتماعي والتكيف مع البيئة التي يتعايش معها، بالإضافة إلى توطيد التقارب الفكري بين الأجيال وردم الهوة بتوفير الإرشاد الاجتماعي والنفسي للاستفادة من خدمات مؤسسات المجتمع المحلية، مع الأخذ بعين الاعتبار التدخل المهني

الناجح، وأهمية السمات الجسمية والنفسية والاجتماعية لهذه الفئة، والاعتبارات الثقافية الموجودة في المجتمع، وكيفية استثمار قدرات المسن مهما كانت قليلة أو ضعيفة، ومحاولة توظيفها في تقديم العلاج التأهيلي الشامل وتدعيم التوافق لكبار السن، ومن أوتي الحكمة فقد أوتي خيراً كثيراً، وكبير السن لديه من الحكمة والخبرة بالحياة الشيء الكثير.

ورعاية كبار السن في فلسفة الخدمة الاجتماعية كمهنة يقوم بدورها الأخصائي الاجتماعي أن تكون الرعاية على حساب رعاية فئة أخرى ولكن المطلوب التوازن وعدم الدمج لأن كل فئة عمرية أو نوع إعاقتها تختلف في تعاملها واحتياجاتها عن الفئة الأخرى فمسألة رعاية المسنين لابد أن تؤخذ بعدة أبعاد اجتماعية ونفسية واقتصادية بجانب البعد الأخلاقي في تقديم الخدمات.

ويهدف الأخصائي أو الأخصائية كتطبيق للتدخل المهني في ضوء الممارسة الميدانية إلى الارتقاء إلى أقصى حد ممكن بالأداء الاجتماعي للمسنين بحيث يعكس تقديم الرعاية والعناية كواجب إنساني وحق للمسن في ظل مجتمع متكافل مسلم يطبق تعاليم الشريعة الإسلامية الصالحة في كل زمان وفي كل وقت، هذه الخدمات تأخذ أساليب الخدمة الاجتماعية الوقائية والعلاجية والإنمائية بالإضافة إلى إتاحة أدوار نشيطة ومفيدة لكبار السن.

وتشمل رعاية المسنين أيضاً الرعاية الصحية والنفسية والرعاية الاقتصادية والاجتماعية حيث تشمل الرعاية الاجتماعية علاقات المسنين بغيرهم وضمان التكافل الاجتماعي بين الكبار، وربط جيل الشباب بجيل الشيوخ والإرشاد الأسري وشغل أوقات الفراغ وتوفير الخدمات المناسبة وكذلك العناية بالقائمين على رعاية المسنين.

إن الشيخوخة التي يجد فيها الفرد إشباعاً ورعاية لشؤونه تعطي المسن إحساساً بالطمأنينة المريحة في العالم الذي يحيط به، والواقع انه بالنسبة لمعظم المسنين الذين كانوا عاملين نجد أن الذين يخرجون إلى المعاش يكونون عرضة للنضوب في علاقاتهم الاجتماعية فيقطعون صلاتهم بحكم البعد عن مقر العمل وبالتالي فإن معظمهم يحسون بالوحشة وبأنهم قد عزلوا قسراً عن المجتمع.

ومن أجل أن نتعرف على الدور الهام للخدمة الاجتماعية مع كبار السن فإنه يمكن التعرف على الجوانب المختلفة التي يتكون منها مجتمع المسنين:

أولاً: المسن وقبل كل شيء فرد له تميز في طبائعه وسلوكياته وله خصوصية في اهتماماته ومشكلاته، حتى وان اشترك مع الآخرين في بعض الصفات وعلى هذا الأساس تتخذ الخدمة الاجتماعية طريقة خدمة الفرد للتعاون مع هذا المسن.

ثانياً: المسن يعيش وسط جماعة من المسنين يعتمد عليها في إشباع حاجاته المختلفة، والأخصائي الاجتماعي يقوم بمساعدة المسن من خلال وجوده في تلك الجماعة ويساعده على التكيف معها.

إن نتائج الدراسات والأبحاث الميدانية التي أجريت في هذا المجال أكدت أن على الأسرة دوراً كبيراً في توفير وتقديم الخدمات والرعاية المثلى لفئات كبار السن، وإن العلاقات الأسرية والعودة لنظام الأسرة الممتدة تسهم بقدر كبير في إحداث التوافق النفسي، والعمل على توفير وتحقيق الاحتفاظ بالمكانة الاجتماعية والعلاقات الودودة فضلاً على مساعده الآخرين من خلال أدوارهم المتعددة داخل الأسرة.

إن العناية بالمسنين ليست واجباً اجتماعياً فقط، بل هي في المقام الأول واجب ديني فرضه الإسلام على الأبناء تجاه آبائهم وأمهاتهم، وجاءت المؤسسات الإنسانية لتكمل هذه الصورة الجميلة في العلاقات الإنسانية عندما وضعت القوانين التي تكفل للمسنين حياة أفضل في جميع دول العالم بلا استثناء.

مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن:

اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن (القرار ٩١/٤٦) في ١٦ كانون الثاني/ديسمبر ١٩٩١، وشجعت الحكومات على إدراجها في خططها الوطنية، متى ما أمكن ذلك، وترد أدناه لمحات من هذه المبادئ:

الاستقلالية:

- ينبغي أن تتاح لكبار السن إمكانية الحصول على ما يكفي من الغذاء والماء والمأوى والملبس والرعاية الصحية، بأن يوفر لهم مصدر للدخل ودعم أسري ومجتمعي ووسائل للعون الذاتي.

- ينبغي أن تتاح لكبار السن فرصة العمل أو فرص أخرى مدرة للدخل.
- ينبغي تمكين كبار السن من المشاركة في تقرير وقت انسحابهم من القوى العاملة ونسقه.
- ينبغي أن تتاح لكبار السن إمكانية الاستفادة من برامج التعليم والتدريب الملائمة.
- ينبغي تمكين كبار السن من العيش في بيئات مأمونة وقابلة للتكييف بما يلائم ما يفضلونه شخصياً وقدراتهم المتغيرة.
- ينبغي تمكين كبار السن من مواصلة الإقامة في منازلهم لأطول فترة ممكنة.

المشاركة:

- ينبغي أن يظل كبار السن مندمجين في المجتمع، وأن يشاركوا بنشاط في صوغ وتنفيذ السياسات التي تؤثر مباشرة في رفاههم، وأن يقدموا للأجيال الشابة معارفهم ومهاراتهم.
- ينبغي تمكين كبار السن من التماس وتهيئة الفرص لخدمة المجتمع المحلي، ومن العمل كمتطوعين في أعمال تناسب اهتماماتهم وقدراتهم.
- ينبغي تمكين كبار السن من تشكيل الحركات أو الرابطات الخاصة بهم.

الرعاية:

- ينبغي أن يستفيد كبار السن من رعاية وحماية الأسرة والمجتمع المحلي، وفقاً لنظام القيم الثقافية في كل مجتمع.
- ينبغي أن تتاح لكبار السن إمكانية الحصول على الرعاية الصحية لمساعدتهم على حفظ أو استعادة المستوى الأمثل من السلامة الجسمانية والذهنية والعاطفية، ولوقايتهم من المرض أو تأخير إصابتهم به.
- ينبغي أن تتاح لكبار السن إمكانية الحصول على الخدمات الاجتماعية
- والقانونية لتعزيز استقلاليتهم وحمايتهم ورعايتهم.
- ينبغي تمكين كبار السن من الانتفاع بالمستويات الملائمة من الرعاية المؤسسية التي تؤمن لهم الحماية والتأهيل والحفز الاجتماعي والذهني في بيئة إنسانية ومأمونة.

- ينبغي تمكين كبار السن من التمتع بحقوق الإنسان والحريات الأساسية عند إقامتهم في أي مأوى أو مرفق للرعاية أو العلاج، بما في ذلك الاحترام التام لكرامتهم ومعتقداتهم واحتياجاتهم وخصوصياتهم ولحقّهم في اتخاذ القرارات المتصلة برعايتهم ونوعية حياتهم.

تحقيق الذات:

- ينبغي تمكين كبار السن من التماس فرص التنمية الكاملة لإمكاناتهم.
- ينبغي أن تتاح لكبار السن إمكانية الاستفادة من موارد المجتمع التعليمية والثقافية والروحية والترويحية.

الكرامة:

- ينبغي تمكين كبار السن من العيش في كنف الكرامة والأمن، ودون خضوع لأي استغلال أو سوء معاملة، جسدياً أو ذهنياً.
- ينبغي أن يعامل كبار السن معاملة منصفة، بصرف النظر عن عمرهم أو نوع جنسهم أو خلفيتهم العرقية أو كونهم معوقين أو غير ذلك، وأن يكونوا موضع التقدير بصرف النظر عن مدى مساهمتهم الاقتصادية.

الفصل الحادي عشر
رعاية الإسلام للمسنين

الإسلام دين إنساني يحترم الإنسان ويصون كرامته كبيراً وصغيراً، وإذا كان الإسلام قد حرص على صون كرامة الإنسان في كل مراحل عمره، فقد عنى عناية خاصة بتوقير الكبار واحترامهم والعطف عليهم والإحسان إليهم، خاصة الوالدين، مصداقاً لقوله تعالى: ﴿وَاعْبُدُوا اللَّهَ وَلَا تُشْرِكُوا بِهِ شَيْئًا وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا وَبِذِي الْقُرْبَى وَالْيَتَامَى وَالْمَسَاكِينِ وَالْجَارِ ذِي الْقُرْبَى وَالْجَارِ الْجُنُبِ وَالصَّاحِبِ بِالْجَنْبِ وَابْنِ السَّبِيلِ وَمَا مَلَكَتْ أَيْمَانُكُمْ﴾(النساء: ٣٦)، ودعا الإسلام أبناءه إلى صلة الأرحام وتوثيق الروابط الأسرية والإحسان إلى الأهل، مصداقاً لقوله تعالى: ﴿وَاتَّقُوا اللَّهَ الَّذِي تَسَاءَلُونَ بِهِ﴾(النساء: من الآية١)، وقوله تعالى: ﴿وَالَّذِينَ يَصِلُونَ مَا أَمَرَ اللَّهُ بِهِ أَنْ يُوصَلَ﴾(الرعد: من الآية٢١)، ويوصي الإسلام الإنسان بوالديه ومَن في حكمهم من كبار السن بالإحسان: ﴿وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا﴾ (الأحقاف: من الآية١٥).

ويعمل الإسلام على توقير الكبار في السن واحترامهم، وللكبير حق الكلام قبل الصغير، وإجلال الشيخ الكبير واجب، لقوله صلى الله عليه وسلم: (إن من إجلال الله تعالى إكرام ذي الشيبة المسلم وحامل القرآن غير الغالي فيه والجافي عنه، وإكرام ذي السلطان المقسط)، ولننظر في قول الرسول البليغ في الدعوة للرحمة بالصغير وتقدير شرف كبير (ليس منّا مَن لم يرحم صغيرنا ويعرف شرف كبيرنا)، وفي تكريم كبار السن روى البخاري عن أبي سعيد سمرة بن جندب رضي الله عنه قال: (كنت على عهد رسول الله صلى الله عليه وسلم غلاماً، فكنت أحفظ عنه، فما يمنعني من القول إلا أن ههنا رجالا هم أسنّ مني).

والمسلم مطالب بأن يلتزم بالآداب الإسلامية والإنسانية مع أقاربه مثلما يلتزم بها مع والديه، وعليه أن يوقر الكبير ويرحم الصغير، ويعود المريض، ويواسي المنكوب، ويعزي المصاب، والرسول عليه الصلاة والسلام يحث على التراحم والتعاطف بين الناس، كما في قوله: (يقول الله تعالى: أنا الرحمن، وقد شققت للرحم اسماً من اسمي).

واهتم الدين الإسلامي الحنيف بكبار السن، فأمر برعايتهم واحترامهم وتقديرهم، يقول الله تعالى: ﴿وَقَضَى رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا﴾ (الإسراء: من الآية٢٣).

ولهذا كان كبار السن في المجتمع الإسلامي يحاطون بألوان شتى من الرعاية والعناية، وعلى أفراد الأسرة الآخرين تقديم كل عون للمسن، حتى لا يحتاج للعمل في سن متقدمة من العمر، ومن ثم يكون للمسن الكبير في الأسرة ما يلي:

١. الاحترام والاعتبار الكبيران بين أفراد الأسرة الآخرين.
٢. الضمان والأمان الاقتصادي بحيث لا يواجه حاجة مادية، فالكل في المجتمع الإسلامي ملزمون بالعمل والعطاء من أجل كبار السن والنساء والأطفال.
٣. على الأبناء والأحفاد من الذكور وزوجاتهم وبناتهم تقديم سبل الرعاية والخدمة الشخصية التي يحتاج إليها المسن إذا حرم من كفالة أو رعاية شريك حياته أو حرم من أقرب المقربين إليه.
٤. أعطى نظام التكافل الاجتماعي الذي أتى به الإسلام لكل فرد من أفراد الأسرة، خاصة غير القادرين على العمل، ومنهم المسنون، أعطى لهم الحق على القادر ذي المورد المادي والاقتصادي، في الحصول على النفقة تبعاً لدرجة القرابة وتسلسلها.

مسؤولية الدولة تجاه المسنين:

على الدولة أن تكفل رعاية المسنين الذين قدموا للوطن الكثير في شبابهم، وتتمثل أوجه رعاية الدولة في:

١. تقديم العناية الصحية المستمرة عبر الفحوصات الدورية ووضع البرامج الوقائية، وإنشاء المراكز الطبية المتخصصة.
٢. تأمين الجو الثقافي الضروري للمسنين، بإنشاء النوادي الدينية والثقافية، وإلقاء المحاضرات، وإقامة الندوات.
٣. التغلب على أزمة التقاعد بإيجاد القوانين والحلول المناسبة.
٤. إنشاء مؤسسات رعاية المسنين، وإقامة دور العجزة، وتقديم الرعاية لهم على المستويات كافة.

الرعاية الاجتماعية للمسنين:

الشيخوخة هي مرحلة من مراحل الحياة لابد وأن يمر بها كل إنسان في وقت من الأوقات إن هو عاش عمره الافتراضي، ولابد من الاستعداد لها ومواجهتها بحيث يعيش الفرد هذه المرحلة من العمر مثلما يعيش سنوات أي مرحلة من مراحل الحياة، وهذا يتطلب منا جميعاً معرفة طبيعة هذه المرحلة وكيف نستعد للدخول فيها ونحن نتمتع بأقصى قدر ممكن من الصحة النفسية والتكيف والتوافق النفسي والاجتماعي لكي نوفر للفرد حياة كريمة واجتياز مرحلة الشيخوخة في أمن وطمأنينة.

إن اهتمام الأمم بالمسنين يشكل ولاشك علامة بارزة ذات دلالة هامة حيث أن رعاية المسنين أصبحت من المشكلات التي تستحق العناية والدراسة الجادة، نظراً لما أشارت إليه بعض الدراسات والأبحاث من أن المسنين لا يلقون الرعاية المناسبة، وبالتالي يتعرضون لكثير من المشكلات الصحية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية.

لقد بينت الدراسات أن الشيخوخة هي بالدرجة الأولى مشكلة اجتماعية قبل أن تكون مشكلة صحية أو بيولوجية، فالصعوبات والتعقيدات التي يواجهها كبار السن ناجمة أساساً عن الوضع الاجتماعي الذي يعكس أفكار ومواقف الناس والمجتمع حيال الشيخوخة والمسنين، وقد يتعرض المسن لعدد من الظروف الاجتماعية التي تسبب له الكثير من المتاعب، ومنها:

١. عدم كفاية الراتب الذي يتقاضاه، أو عدم وجود راتب.
٢. العيش في ظروف مادية قاسية.
٣. الاتجاهات الاجتماعية السلبية نحو كبار السن، التي تسبب لهم الكثير من الأذى والألم.
٤. عدم توفر التوجيه والإرشاد النفسي.

رؤية نفسية لرعاية المسنين:

مع زيادة التقدم العلمي والصحي في العالم صاحب ذلك زيادة في عدد المسنين محلياً وعالمياً، وذلك سواء في الدول المتقدمة أو النامية، وبحلول عام(٢٠٠٠م) وصلت النسبة إلى (٧%) من بين سكان العالم أي بمجموعه حوالي (٦٠٠) مليون نسمة على

مستوى العالم، وفي مصر الآن ما يقرب من(٢,٥) مليون نسمة، ومن المتوقع أن يصل العدد إلى (١٥) مليون نسمة بحلول عام (٢٠١٧)، وفي عام (٢٠٢٠م) يصبح (٩٥٠) مليون على المستوى العالمي أي بنسبة (١٤%) من كل جملة سكان البلدان الصناعية المتقدمة وبنسبة (١٢,٥%) من جملة السكان في الدول النامية.

وهذه الزيادة الملحوظة تجعل من الضروري زيادة الاهتمام بهذه الفئة من النواحي الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية، والنظر إلى زيادة عدد المسنين يجب ألا يكون كمشكلة بل بهدف إقامة التوازن بين اتجاهين هو إقامة حياة ورعاية متكاملة لتحقيق احتياجات المسنين، بالإضافة إلى التركيز على ما يمكن الاستفادة منه بخبراتهم السابقة وضرورة اشتراكهم الإيجابي بأدوار في الحياة بعد سنوات الخبرة الطويلة وبالأخص من لديه القدرة على العطاء بصورة تتناسب مع الإمكانيات الجسدية والنفسية والمعرفية والعقلية لديهم.

إن الاهتمام الموجه لهذه الفئة العمرية يجب ألا يقل عن الاهتمام بأي فئة أخرى، ولابد من الإلمام بما تم من أوجه الرعاية والتنمية في هذا المجال وخصوصاً النواحي النفسية مع تقديم المقترحات المستقبلية، وبعد استعراض ما تم نشره من أبحاث نفسية محلية وعالمية في مجال الصحة النفسية للمسنين نلخصها في الملامح التالية:

يلاحظ أن غالبية الاختبارات النفسية بأنواعها المعروفة: عقلية ومعرفية وتشخيصية وتقرير ذاتي واسقاطية صممت أصلاً على المراهقين والراشدين وقسم آخر على مرحلة الطفولة فعلى سبيل المثال تم أعداد معايير خاصة للمسنين لاختبار الشخصية المتعدد والأوجه MMPI، ومن ناحية أخرى أعداد اختبارات نفسية خاصة بالمسنين توضع من وجهة نظر راشدين فهذا رغم ما هو معروف عن ضرورة عمل صدق وثبات ومغايير للاختبارات، ولكن لابد من الإشارة بضرورة أعداد تلك الاختبارات من وجهة نظر ومن جانب المسنين الخبراء في المجال النفسي.

يتضح من الدراسات السابقة إن نسبة الاكتئاب تصل إلى حوالي (٢%) لدى فئة المسنين كمرض وبنسبة (٢٠%) كأعراض اكتئابية ويصاحبها شكاوي جسدية مما

يدفع بفشل العلاج لهذه الشكاوي الجسدية حيث تعتبر عرض الاكتئاب، وينتشر اضطراب النوم لديهم بنسبة أعلى ويرتبط بالداء المعرفي لديهم.

وينتشر الاضطراب في الوظائف المعرفية ويصل إلى نسبة حوالي٣٢% ويوجد لدى السيدات بنسبة أعلى منه لدى الرجال، ويرتبط بالاكتئاب في الكثير من الحالات.

وفي دراسة أجريت عام (١٩٩٧) تناولت فيها التشويه المعرفي لدى المسنين والمسنات المقيمين في أسر طبيعية ولا يشتركون في نوادي المسنين والمسنات مقابل مسنين ومسنات مشتركين في نوادي المسنين ويقيمون أيضاً في أسر طبيعية ثم تناولت الأبعاد المعرفية في نظرية التشويه المعرفي لارون بيك (١٩٨٧) وهي:

- السلبية كأسلوب معرفي نحو الذات والعالم والمستقبل.
- اليأس.
- الاتجاهات المختلفة وظيفياً.

وذلك بعد تقنين الاختبارات الخاصة بالمكونات الثلاثة وإعدادها بالإضافة إلى اختبار خاص بالاكتئاب، وأظهرت النتائج فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين في السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل والاتجاهات المختلفة وظيفياً ومشاعر اليأس، مع ملاحظة انخفاض درجاتهم على اختبار مشاعر اليأس لدى كلتا العينتين بالمقارنة بدرجات الشباب الجامعي على نفس المقياس، يتبين هنا ضرورة التوسع في إقامة نوادي للمسنين.

ومن الدراسات السابقة ودراسات أخرى يتضح انتشار بعض الأمراض العقلية والعصبية مثل العته وغيرها.. ومن المؤشرات السابقة التي قدمت – على سبيل المثال وليس على الحصر– نقدم المقترحات التالية:

- أعداد أخصائيين نفسيين في مجال الصحة النفسية والرعاية النفسية للمسنين.
- إيجاد مجالات لعمل المسنين تتناسب مع إمكانياتهم ولذلك مزايا عديدة للمسن فأداء الدور الاجتماعي في أي موقع له انعكاس إيجابي على شخصية المسن بالإضافة إلى الاستفادة من خبراتهم السابقة.

- المتابعة المستمرة والمتعاقبة للحالة النفسية للمسنين بالقياس النفسي للوظائف العقلية والانفعالية ومدى ما يتمتع به من تكيف نفسي أو اضطراب لمتابعة حالته وتطورها إذا لزم الأمر دخوله إلى المستشفيات النفسية والعقلية.
- التطوير في أدوات القياس النفسي بما يتناسب مع شخصية المسن وخصائصها الجسدية والانفعالية والمعرفية.
- إنشاء مراكز رعاية نفسية وصحية خاصة بالمسنين المصابين بأمراض عضوية مزمنة.
- التوسع في نوادي المسنين حيث أن عددها لا يتناسب مع عدد المسنين ويشترط قربها من أماكن أقامتهم، فبعضهم يحتاج إلى مرافق له في التنقل، ومن الجانب الاقتصادي أيضاً وهو تكلفة الانتقال من وإلى النادي.
- التوسع في دور ضيافة المسنين المجانية وتحسين أنماط الخدمات بها نظراً لأن نسبة من المسنين لا يستطيع الوفاء بالتزامات الدور مدفوعة الأجر نظير الإقامة حيث يوجد فئة من الحرفيين ذوي الأعمال الحرة الذين توقف المورد للأنفاق عليهم.
- الأخذ بنظام الدمج وليس العزل في إقامة المسنين سواء بدور الضيافة أم نوادي المسنين حيث يوجد في الكثير من دول العالم نوادي خاصة بجميع الفئات حتى لا يشعروا بالعزلة والوحدة ويظلوا في حالة اندماج مع مختلف فئات المجتمع.
- إعانة بعض الأسر التي لديها من يعاني من بعض الأمراض المزمنة سواء الجسدية أو النفسية فلا يمكن الفصل بين الجانب النفسي والجسدي حتى يظل العضو يتمتع بالإقامة الطبيعية في أسرته حيث وجد في العديد من الدراسات النفسية المقارنة بين الإقامة في الأسر الطبيعية والإقامة في دور الضيافة.
- آثار السلبية لترك الأسر الطبيعية.
- إنشاء مراكز رعاية نفسية خاصة بالمسنين فيها متخصصون في هذا المجال وهو القياس النفسي والإرشاد النفسي للمسنين (الصحة النفسية للمسنين).

- إنشاء دور ضيافة أو الاستعانة بدور الضيافة الحالية للإقامة المؤقتة للمسن بمعنى الإقامة لبعض الوقت لمدة شهر أو أسبوع أو أيام محددة.
- الاستفادة من البرامج العلاجية النفسية في رعاية المسنين نفسياً مثل العلاج العقلاني والعلاج السلوكي المعرفي والإرشاد النفسي في تخفيف المشاعر والاعتقادات السلبية لدى المسنين حول الذات والعالم والمستقبل وغيرها، ليتمكن المسن من تحقيق ذاته ونظرته المستقبلية.
- التهيئة النفسية والاجتماعية للمسنين قبل وصولهم إلى سن التقاعد حتى لا تحدث بصورة فجائية في تغيير الأدوار الاجتماعية والوظيفية.
- استخدام برامج وطرق تقوية الذاكرة بفنياتها المختلفة مع فئات المسنين الذين يعانون من مشكلات لها علاقة بالذاكرة سواء طويلة المدى أو قصيرة المدى.
- السماح للمسنين بأداء بعض الأعمال التي يعود أداؤها كمهنة أو حرفة أو مهارة داخل دور الضيافة طالما لديه القدرة على أدائها.
- الإكثار والتنويع من النشاط الذاتي للمسنين سواء الثقافي أو الترفيهي خارج الدور حتى تجعلهم يعيشون في عزلة عن المجتمع، وأيضاً للمقيمين في أسر طبيعية.
- تقديم الرعاية والمتابعة النفسية للمسنين داخل منازلهم.
- تدريبهم على برامج الرعاية والمراقبة للذات والضبط لمساعدة ذواتهم داخل دور رعاية المسنين وخارجها.

التوجيهات الإسلامية للصحة النفسية للمسنين:

تهدف الصحة النفسية تطبيقياً إلى الوقاية من الاضطرابات النفسية أولاً، وعلاج الاضطرابات النفسية والمحافظة على استمرار الصحة والتكيف الأفضل ثانياً، وفي الجانب الأول نعمل على تحديد الجوانب التي يمكن أن تسبب الاضطرابات، ثم نعمل على إزالتها وإبعاد الأفراد عنها مع توفير الشروط العامة التي تعطي الفرد قوة عملية لمواجهة الظروف الصعبة، وفي الجانب الثاني تقوم المؤسسات المتخصصة بدعم الفرد من جهة، وعلاج مشكلاته النفسية التي يمكن أن توجد لديه من الجهة الثانية، ثم

مرافقته لخطوات من أجل التأكد من حسن عودته إلى أسلم وضع وإلى انتظام ذلك في شروط الحياة المختلفة.

وهذا ما يدفع العاملين في مجال الصحة النفسية للعناية بالفرد والعناية بالبيئات المختلفة شديدة الالتصاق به، وفي مجال المسنين فإن الشيخوخة تقترن بالاستهلاك التدريجي للأعضاء والتغيرات الحيوية التي تطرأ على الجسم والتي ترافق الشيخوخة وهكذا فإنه من الطبيعي أن يحدث هذا التدهور في استهلاك العضلات كمرحلة من مراحل الحياة، قال تعالى: ﴿اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفاً وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ﴾ (الروم: ٥٤).

وتحتاج خدمات الصحة النفسية للمسنين لحسن التوجيه نفسياً ومهنياً واجتماعياً للوقاية من مشكلات منظورة قبل وقوعها أو لعلاج مشكلات قائمة يعاني منها المسنون، ولابد لنا في البداية من معرفة مميزات الحياة النفسية للمسن وهي كما يلي:

أهم جوانب حياة المسن ومميزاتها :

١. قد تمتد فترة الشيخوخة عشرات السنين ولذلك أثره في حياة الفرد ومن حوله من معارف وأصدقاء وأهل.. قال صلى الله عليه وسلم "خيركم من طال عمره وحسن عمله.. وشركم من طال عمره وساء عمله".
٢. يعاني المسن من ضعف جسمي عام في الإحساس والعضلات والعظام والنشاط الجسمي الداخلي (هضمي وبولي ودموي وجلدي) وضعف عام في النضارة.. وبدء ظهور الترهلات، وأعراض الشيخوخة هذه تظهر على كل إنسان.
٣. نضوج علمي وغزارة وثراء فكري، حيث أن أكابر العلماء خير إنتاجهم الفكري في هذه المرحلة (ما بعد الستين) ويكون لدى المسن أيضاً ثراء شخصي بالخبرة الذاتية مع الآخرين حيث يفهم الحياة فهماً واقعياً ويدرك الحياة بعيداً عن الخيال وبواقعية عملية.
٤. معاناة صحية في تناوب مع المتاعب المرضية، ويتطلب ذلك عناية صحية متواصلة ودقيقة.

٥. صلابة نفسية واجتماعية في الاتجاهات، يصعب معها التكيف والتوافق النفسي للمسن مع مستجدات الحياة وما تتطلبه من علاقات وأنماط سلوكية جديدة مع عدة أجيال مما يجعله يعاني من صعوبات التوافق الضروري للحياة الهادئة، قال تعالى: ﴿وَمَنْ نُعَمِّرْهُ نُنَكِّسْهُ فِي الْخَلْقِ أَفَلَا يَعْقِلُونَ﴾ (يس:٦٨).

٦. يرى المسن نفسه إما متخوفاً من الوصول للشيخوخة أو منكراً لها ولا يعطي لها بالاً في تصرفاته، وكلما تقدم به السن شعر بالعجز أكثر ويحدث ذلك في المجتمعات الغربية حيث يرى المسن نفسه قد وصل لمرحلة سلبية في حياته وذلك نتيجة لطبيعة العلاقات الاجتماعية المفككة، والروابط العائلية الضعيفة.

وبالنسبة إليهم فإن مشكلة سن التقاعد قد خلقت مشاكل جديدة تتعلق بتحقيق الذات، وبحقوقهم كبشر وفي شعورهم بتدني المستوى المعيشي، وعدم ملائمته لصحتهم ورفاهيتهم، ولصحة ورفاهية أسرهم، وأيضاً لزيادة الحاجة إلى الرعاية الصحية والطبية والاجتماعية والنفسية، ويرافق ذلك شعورهم بعدم الأمان بسبب تقدم السن وكل ذلك يساهم في نشوء مشكلات المسنين، أما في مجتمعاتنا الأكثر التزاماً بالنواحي الدينية فإننا نجد أن كبر السن يصاحبه ارتفاع في المكانة ويعامل المسن بالتبجيل والاحترام والتوقير، قال ﷺ: (ليس منا من لم يرحم صغيرنا ولم يوقر كبيرنا) (رواه الترمذي).

ومن ناحية أخرى يؤدي الانقطاع عن العمل في عصرنا الراهن إلى زيادة النظر للشيخوخة بوصفها مشكلة نفسية واجتماعية حيث أن التوقف عن العمل يتضمن انقطاع أدوار اجتماعية هامة، وتقلصاً في الدخل وتقليلاً في فرص الاتصالات الاجتماعية، وزيادة في الوحدة والفراغ وهذا ما توصل إليه العلماء عموماً بأن التقاعد هو أمر سلبي.

الوقاية من مشكلات الشيخوخة وعلاجها:

لقد سبق الإسلام بوضع الإجراءات الوقائية من مشكلات الشيخوخة وأولاها اهتمامه، قال الرسول ﷺ (اغتنم خمساً قبل خمس حياتك قبل موتك، وصحتك قبل سقمك، وفراغك قبل شغلك، وشبابك قبل هرمك، وغناك قبل فقرك).

كما أوجب الإسلام على الأولاد بر الوالدين والإحسان إليهم ورسخه في نفوس الأمة، والتركيز على ذلك يساعد في الوقاية من بعض المشاكل النفسية للمعمر، قال تعالى: ﴿وَقَضَى رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِندَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُل لَّهُمَا أُفٍّ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُل لَّهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا﴾ (الإسراء:٢٣).

كما أوجب الإسلام احترام وتوقير كبار السن وحث عليه قال ﷺ: "ما أكرم شاب شيخاً من أجل سنه إلا قيض الله له عند سنه من يكرمه (رواه الترمذي).. وقال ﷺ (إن من إجلال الله إكرام ذي الشيبة المسلم) (رواه أبو داوود والبيهقي)، وقال ﷺ (ليس منا من لم يرحم صغيرنا ويوقر كبيرنا ويأمر بالمعروف وينه عن المنكر) (رواه الترمذي).

كما أوجب الإسلام الرعاية الصحية بالفحص الطبي والدوري للكشف عن أي مشكلات صحية في بدايتها، وقبل استفحالها، والوقاية من العدوى، والاهتمام الصحي الجيد والوقاية من المرض بشكل أكبر عند المسن وذلك لنقص وضعف مقاومته، قال ﷺ: (يا عباد الله تداووا فإن الله عز وجل لم يضع داء إلا وضع له شفاء).

ويجب رعاية المسن والاهتمام به أولاً بأول في حل المشكلات أو إشباع الحاجات، ولابد من عمل برنامج نشاط حركي جسمي وذهني عقلي له لمساعدته على روح التفاؤل ليعيش شيخوخته بأوسع وأكمل شيء ممكن، ولابد من الاهتمام بالعمر العقلي ومراعاته وكذلك العمر التحصيلي والمستوى الفسيولوجي والانفعالي والاجتماعي والجنسي فالشيخوخة لا تعد بالعمر الزمني فقط.

ويجب تشجيع المسن على البحث والاطلاع حتى نبقي ذاكرته متنبهة، ونشجعه على تحديد أهداف للمستقبل يسعى لتحقيقها، ونحثه على السعي لذلك، قال ﷺ : (خيركم من طال عمره وحسن عمله)، وقال ﷺ (إذا قامت قيامة أحدكم وفي يد أحدكم فسيلة فليغرسها).

ويجب الاهتمام بالتوافق الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية بين المتكافئين سناً وثقافة، حتى يشتركوا في الاتجاهات والاهتمامات، مع التركيز على الهوايات المفيدة والرياضة الخفيفة (مثل المشي) والاهتمام بالهندام العام، وكذلك تنمية العلاقات بأفراد

الأجيال الأخرى لضرورة امتزاج الأجيال، ولأهمية النماذج الصالحة في نقل الثقافات والحضارات عبر المسن، فمن المفاهيم الإسلامية التي تساعد المسن على حياته بر الأبناء وبر أبناء الأصحاب ورعاية الأطفال، التي سبق وحث عليها الإسلام، حيث جاء في الأثر عن ﷺ أنه قال (أم من أبر البر صلة الرجل ود أبيه بعد أن يولي) (رواه مسلم).

ويحتاج المسن إلى ضمان مالي، وصحي، وهو من الوفاء للأفراد الذين قدموا لوطنهم الكثير، ولحفظ كرامتهم وودهم، قال صلى الله عليه وسلم "إن من إجلال الله إكرام ذي الشيبة المسلم" (رواه أبو داوود والبيهقي).

والمسن هو في مرحلة عمرية قريبة من الآخرة، ولابد له من التعامل بواقعية وأن يكون نموذجاً يحتذى، وأن يبعد عن السلوكيات السيئة، وعليه أن يتعظ من شيبته ويجعلها مذكراً له، ففي الأثر (كفى بالشيب واعظاً يا عمر)، وعن أنس بن مالك مرفوعاً قال (المولود حتى يبلغ الحنث ما عمل حسنة كتب لوالده أو لوالديه، وما عمل من سيئة لم تكتب عليه ولا على والديه، فإذا بلغ الحنث جرى عليه القلم، وأمر الملكان اللذان معه أن يحفظا وأن يشددا، فإذا بلغ أربعين سنة في الإسلام أمنه الله من البلايا الثلاث الجنون والجذام والبرص، فإذا بلغ الخمسين خفف الله من حسابه، فإذا بلغ الستين رزقه الله الإنابة إليه بما يحب، فإذا بلغ السبعين أحبه أهل السماء فإذا بلغ الثمانين كتب الله له حسناته وتجاوز عن سيئاته، فإذا بلغ التسعين غفر الله له ما تقدم من ذنبه وما تأخر، وشفعه في أهل بيته، وكان أسير الله في أرضه، فإذا بلغ أرذل العمر كي لا يعلم بعد علم شيئاً كتب الله له مثل ما كان يعمل في صحته من الخير فإذا عمل سيئة لم تكتب عليه) (رواه أبو يعلي في مسنده).

ويشمل علاج مشكلات الشيخوخة العلاج الطبي والعلاج النفسي ويهدف هذا الأخير إلى تحقيق الأمن النفسي والانفعالي، وإشباع الحاجات، وتحقيق عزة النفس، وشعوره بالحب وأنه مطلوب من أهله، وإقناعه بالتعايش بما تبقى له من قوى لإسعاد نفسه، في الحدود الجديدة التي يستطيع أن يعيشها، ويفيد في ذلك العلاج بالعمل وهذا يتطلب إرشاد المسن مهنياً وأسرياً مع الاهتمام لملئ وقت الفراغ وأهميته، وتوجيهه إلى مؤسسات تساعد على رعاية المسنين، كما أن من المهم العلاج البيئي وذلك بتنمية

اهتماماته وميوله، وذلك بوسائل التسلية وبدفعه للمشاركة الاجتماعية بتأهيله نفسيا واجتماعياً مما يساعده بتحقيق التوافق النفسي، ويفيد في ذلك الورش والنوادي التي تعد خصيصاً للتغلب على مشكلة التقاعد التي أصبحت في عصرنا الراهن تشكل تعطيلاً لـ ١٤% من سكان العالم.

والنظام الاجتماعي في حياة المسلم كفل حل مثل هذه المشكلة، لأنه كفل الحياة الكريمة للمعمر، من الناحية الاقتصادية عن طريق الأوقاف، والاجتماعية ببناء العلاقات، والصحية بالمداواة والمداراة، والنفسية بحفظ كرامته وشعوره بأهميته في هذه الحياة، حيث أن المسن باق بشكل محترم ومكرم بين أهله وذويه ويكون نموذجاً يحتذى به في السلوك للأجيال داخل هذه الأسر، ويكون ناقلاً للقيم والثقافة بين الأجيال، بحيث يعيش حياته متوافقاً مع ظروفه الصحية، ومتعايشاً معها، ومستفيداً من طاقاته النفسية والعقلية، وآمناً من الناحية الاجتماعية، ومنتجاً ومنمياً لعلاقات جديدة بناءة، ومفيداً في حكمته وخبرته للمجتمع بجميع شرائحه.

وفي الثقافة الإسلامية أعطى الإسلام نماذج لرعاية المسنين ولم يربط الأمر بسن معين فلقد أشار القرآن الكريم إلى أنبياء تقدمت بهم السن كإبراهيم عليه السلام وزكريا ونوح عليهم السلام، وأشار التاريخ لعدد من الصحابة الذين ظلوا في حالة عطاء حتى آخر لحظة أمثال أنس بن مالك وأسماء بنت أبي بكر وغيرهم، وهناك أمثلة لعدة أوقاف اجتماعية إسلامية لخدمة المسنين ولحفظ كرامتهم وللاستفادة منهم وللوفاء لهم.

إن الشيخوخة مرحلة عمرية لها مشاكلها الخاصة المتعلقة بكثرة الهدم العضوي وموت كثير من الخلايا والأنسجة في الجسم، وفي ضوء هذا الصراع يبقى المسن يقاوم هذا التآكل الجسدي وهو في أشد الحاجة في هذه الفترة إلى المساندة الأسرية ممثلة في الأبناء البررة والزوجة الوفية المخلصة لرفيق العمر... وهذا يعتمد على ما وفره هذا الشريك داخل العائلة وما زرعه من محبة وحسن تربية لأولاده.

رمضان وكبار السن:

صيام رمضان فريضة واجبة على كل مسلم قادر صحياً ونفسياً، وكبار السن قد يستطيع البعض منهم الصيام، وقد لا يستطيع البعض، لأسباب صحية ومرضية،

ولأن الغذاء يلعب دوراً مباشراً في حياة المسنين فأهم شيء هو مراعاة نوعية الطعام، وطريقة إعداده.

(إن الشيخوخة يصاحبها تغيرات كثيرة تزيد من نسبة الدهون، كما تقل كتلة الجسم، ونتيجة لذلك تقل نسبة التمثيل الغذائي، ومن سن ٢٠ إلى ٤٥ سنة يكون هناك فقد للطاقة ثابت تقريباً، ومن سن ٤٥ إلى ٧٥ سنة تقل نسبة السعرات الحرارية التي يحتاجها الجسم بحوالي ٢٠٠ سعرة حرارية يومي، وفوق سن ٧٥ تقل السعرات المطلوبة للجسم يوميا بحوالي ٥٠٠ سعرة حرارية)[1].

وتختلف السعرات الحرارية المطلوبة للمسنين حسب نشاطهم اليومي، فمثلاً يحتاج المسن النشيط إلى حوالي ٣٤ سعرة حرارية يومياً لكل كيلو غرام من الوزن المثالي حسب الطول، وفي النساء النشيطات تحتاج الواحدة منهن إلى ٣٢ سعرة حرارية يومياً لكل كغم من الوزن المثالي، بينما تقل السعرات الحرارية التي يحتاجها السمين الذي لا يتحرك أو ذو النشاط المحدود للغاية إلى ٥ سعرات حرارية لكل كغم، وهذا يبين اختلاف كم الغذاء في حالة المسنين والمسنات حسب الحركة.

١. مريض ضغط الدم:

وبما أن الصيام يؤدي إلى انخفاض ضغط الدم، فيجب على المسن تجنب أدوية تخفيض الضغط في علاج ضغط الدم المرتفع.

٢. مريض السكري:

من المهم التزام مريض السكري بنظام الريجيم الذي يحدده الطبيب المعالج، لأن أي زيادة في الوزن تؤدي إلى مقاومة الأنسجة ضد مفعول الأنسولين، أما بالنسبة للمرضى المسنين الذين يعانون من أمراض العظام المزمنة مثل التهاب العظام المفصلي والروماتيزم، فيجب عليهم الإقلال من السكريات والحلويات خلال شهر رمضان، حتى يتجنبوا زيادة الوزن، بل من الأفضل انتهاز فرصة الصيام ليتمكنوا من

---

(1) د. كاميليا محمد حسني أخصائية طب المسنين.

تخفيض الوزن لتحسين حركة المفاصل، وخاصة في الركبتين وتقليل الآلام، كذلك مرضى السكري، فيساعدهم على نقص السكر في الدم.

٣. الأمراض الحادة عند المسنين:

أما عن الأمراض الحادة التي تمنع المسن من الصيام، فمن أهمها هبوط ضغط الدم الحاد أو حدوث حميات أو هبوط القلب المزمن أو بعد العمليات الجراحية، وأيضاً مرضى السرطان، حيث إن هذا المرض يسبب الهزال أو الأنيميا، ويحتاج إلى علاج وغذاء متوازن.

وعلى كبار السن مراعاة أن يحتوي طعامهم على كميات كبيرة من الألياف التي تقي من سرطان القولون، ويمنع الإمساك الذي يعاني منه كبار السن، كذلك تقليل كميات الملح، لأن الإسراف فيه قد يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم وهبوط القلب وتليف الكبد واحتجاز السوائل في الجسم، كما أن الإفراط في السكر المكرر يؤدي إلى تسوس الأسنان والإصابة بمرض السكري.

الغذاء المثالي للمسنين:

إن وجبة الإفطار والسحور في رمضان يجب أن تكون متوازنة وشاملة العناصر الغذائية التي يحتاجها الجسم قدر الإمكان وقليلة السعرات، ومحاولة الاعتماد على الخضراوات الطازجة والمطبوخة والبروتين النباتي، فقد ثبت أن النباتيين يعمرون أكثر من غيرهم.

ولكي تتحقق المعادلة السليمة في وجبات كبار السن في رمضان يجب عدم الإسراف في تناول الأطعمة الدسمة، (كالزبادي واللبن منزوع الدسم ومنتجات الألبان المختلفة، مع التقليل من المنتجات الحيوانية مثل اللحوم والزبد والزيوت، والتركيز على الأطعمة التي تحتوي على الألياف، وهي متوافرة في الفاصوليا الخضراء والجافة والبسلة الخضراء والموز والبرتقال والجزر والعدس والفول والخبز الأسمر، فهي تقي من الإمساك، وتساعد على خفض الكولسترول في الدم)[١].

---

(١) د. مصطفى عبد الرزاق نوفل رئيس قسم علوم التغذية بجامعة الأزهر.

ويضيف وليحصل كبار السن على احتياجاتهم اليومية الضرورية من المعادن والفيتامينات يجب أن تتضمن وجباتهم على الألبان منخفضة الدسم والزبادي والخضراوات الطازجة والمشوية والبطاطا والبقول، مثل العدس، والفول، والفول السوداني، والسمسم.

وعلى الصائمين بصفة عامة وكبار السن بصفة خاصة، عدم إغفال السوائل، بتناول الماء والمشروبات التي تشيع الدفء في الجسم، مثل القرفة باللبن، ومزيج القرفة والزنجبيل، وغيرها من المشروبات.

على أن تشتمل وجبة الإفطار والسحور على خبز أسمر، ونصف كوب من الأرز أو المعكرونة، وكوب من الخضار المطبوخ، وبيض، وسلطة خضراء متنوعة من بقدونس وجرجير وجزر وطماطم، وزبادي ولبن خالي الدسم، وثمرة واحدة من الفاكهة.

رعاية المسنين مسؤولياتنا جميعاً:

يقول الله سبحانه وتعالى في القرآن الكريم: ﴿وَوَصَّيْنَا الْإِنسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَاناً حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهاً وَوَضَعَتْهُ كُرْهاً وَحَمْلُهُ وَفِصَالُهُ ثَلَاثُونَ شَهْراً حَتَّى إِذَا بَلَغَ أَشُدَّهُ وَبَلَغَ أَرْبَعِينَ سَنَةً قَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحاً تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ﴾ (الأحقاف:١٥).

تكتمل معالم شخصية الإنسان ويصل إلى درجة سوية من الرشد والنضج في أوج النشاط العاطفي والفكري عند سن الأربغين، لذلك فقد بعث سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم، وكلف بالرسالة وهو في سن الأربعين.

وتمتد مرحلة الرشد لتشمل سنوات العمر ما بين الشباب والكهولة أي ما بين سن العشرين والستين عاماً، وتبدو مظاهر مرحلة النضج بقدرة الإنسان على تأمل نفسه داخلياً، وهي (البصيرة) التي تمكن الإنسان من إدراك مدى إمكانياته وحدود طاقاته، ومحاولة تنمية قدراته.

والإنسان صاحب البصيرة الناضجة إنسان واقعي، حيث تبعده بصيرته عن التمادي في الأماني والأحلام، وتدفعه إلى اتخاذ الخطوات العملية للوصول إلى أهدافه المحددة، ويضع الشخص الرشيد لنفسه أهدافاً وغايات يسعى بكل الطرق وبجدية للوصول إلى تحقيقها، وتذليل العقبات والصعوبات التي تقف في طريقه، أو تعيق تقدمه، ويبحث عن الوسائل الممكنة والمشروعة، مهما كلفه ذلك من تعب ومشقة، لأن النجاح في الوصول إلى هدفه وتحقيق غايته يرضي نفسه ويجعل لحياته معنى.

وتتميز مرحلة الرشد بالشعور بالمسؤولية والاعتماد على النفس، ويعتمد عليه غيره ممن يتولى رعايتهم، والشعور بالمسؤولية لا يأتي فجأة بدون مقدمات بل ينمو هذا الشعور تدريجياً ويكتسب الإنسان خبرة من التجارب التي يمر بها في الحياة، ويعرف حقوقه وواجباته ويتحمل مسؤولية أخطائه ويتعلم منها.

والقدرة على التحكم في العواطف من مظاهر الرشد ومن سمات الإنسان الراشد، وعلى العكس يصعب على الطفل والمراهق التحكم في عواطفهما، وتتسم تصرفاتهما بالاندفاع العاطفي، والشخص الراشد يحكّم العقل والمنطق في حل المشاكل التي تعترضه.

خبرات طويلة:

أما مرحلة الشيخوخة فيتمتع صاحبها بخبرة طويلة اكتسبها طيلة حياته العملية، **وتمتد** هذه المرحلة ما بعد الستين، وتقتضي سنّة الحياة حدوث كثير من المتغيرات البيولوجية في هذه المرحلة، حيث تتدهور وظائف مختلف الأعضاء والأجهزة الجسيمة، وخصوصاً السمع والبصر، وبما يعيق إدراك المسن للبيئة المحيطة به، وتقل مقاومته للأمراض والتقلبات الجوية وأمراضها كنزلات البرد ودرجات الحرارة العالية، ويكون معرضاً للإصابة بالأمراض المزمنة مثل تيبس المفاصل وضمور العضلات.

وتحد هذه الأمراض من نشاط المسن وتقلل من حركته، يضاف إليها حدوث تغيرات في القدرات العقلية والملكات النفسية، فيتصف تفكير المسن عادة بالصلابة وضعف القدرة على التكيف مع الأفكار الجديدة، أو محاولة تطوير عاداته القديمة، وضعف الذاكرة عند استدعاء الأحداث القريبة وضعف التحصيل الذهني والاستيعاب والتذكر.

وفي هذه الآيات القرآنية إشارة إلى مراحل نشأة الإنسان وتطوره إلى أن يصل أرذل العمر، فتقول الآيات الكريمة من سورة الحج : ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِن كُنتُمْ فِي رَيْبٍ مِّنَ الْبَعْثِ فَإِنَّا خَلَقْنَاكُم مِّن تُرَابٍ ثُمَّ مِن نُّطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ مِن مُّضْغَةٍ مُّخَلَّقَةٍ وَغَيْرِ مُخَلَّقَةٍ لِّنُبَيِّنَ لَكُمْ وَنُقِرُّ فِي الْأَرْحَامِ مَا نَشَاءُ إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلًا ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشُدَّكُمْ وَمِنكُم مَّن يُتَوَفَّىٰ وَمِنكُم مَّن يُرَدُّ إِلَىٰ أَرْذَلِ الْعُمُرِ لِكَيْلَا يَعْلَمَ مِن بَعْدِ عِلْمٍ شَيْئًا وَتَرَى الْأَرْضَ هَامِدَةً فَإِذَا أَنزَلْنَا عَلَيْهَا الْمَاءَ اهْتَزَّتْ وَرَبَتْ وَأَنبَتَتْ مِن كُلِّ زَوْجٍ بَهِيجٍ﴾ (الحج:٥).

وأصيبت المجتمعات المعاصرة بمرض اجتماعي ترك أثره على المسنين، وهذا المرض يكمن في تفكك الروابط العائلية وتفرق أفراد الأسرة لأسباب متعددة كظروف العمل أو الهجرة أو وهن الوازع الديني والخلقي وضعفه.

وهذا التغير كان له أكبر الأثر السلبي على حياة المسنين الذين يعانون الوحدة والفراغ، أو يعانون في بيوت العجزة ودور المسنين، وهذه جريمة في حق المجتمع وفي حق بعض الأفراد الذين قدموا جهوداً وأعمالاً كثيرة، فلا يكون جزاؤهم العيش بمفردهم يجترون آلامهم وأحزانهم بعيداً عن أبنائهم وأسرهم.

إن إحالة المسن إلى التقاعد يعني أنه توقف فجائي لنشاطه وانتهاء لحياة العمل والإنتاج، فمنهم من يحس بأن المجتمع لم يعد في حاجة إليه وأنه أصبح عبئاً ثقيلاً عليه، ويؤدي الفراغ الممل وعدم وجود فرص عمل مناسبة للمسنين المحالين إلى التقاعد، إلى تمضية الوقت دون هدف سوى قضاء بقية حياتهم منعزلين عن النشاط الإنساني والاجتماعي.

وغالباً ما يعجز المسن عن مزاولة هواياته التي اعتاد مزاولتها في شبابه، بسبب تدهور حالته الصحية وابتعاد أصدقائه بسبب المرض أو الموت، وهذا يزيد من شعوره بالفراغ والملل والضيق.

وفي المجتمعات الصناعية يضطر المسن إلى العيش وحيداً وبعيداً عن المجتمع، بسبب عدم تكيفه الفكري مع ظروف البيئة وإكثاره من التحدث عن الماضي والأيام الغابرة، ومع مرور الوقت تقل القدرة على التحكم العاطفي والسلوك الانفعالي، وقد تصل إلى درجة النكوص العاطفي إلى ما كانت عليه في زمن الطفولة، فنجد

المسن سريع الغضب والبكاء لأتفه الأسباب، وقد يصل به العناء الانفعالي إلى درجة الامتناع عن الطعام وإلحاق الضرر بنفسه، وأحياناً يؤدي التدهور في القدرات العقلية وضعف التحفظ في السلوك الاجتماعي إلى تصرفات غير مسؤولة.

ويؤدي الفراغ الممل وعدم وجود فرص عمل مناسبة للمسنين المحالين إلى التقاعد، إلى تمضية الوقت دون هدف سوى قضاء بقية حياتهم منعزلين عن النشاط الإنساني والاجتماعي.

وبدلاً من أن يلتف الأهل حول هذا الأب أو حتى الأم لحاجتهم لهذا وبالذات في هذه المرحلة تراهم وللأسف يعتزلونهم بل ويبتعدون عنهم تجنباً لما قد يثيره ذلك من مشاكل لهم، ونسوا بر الوالدين وظنوا أنه فقط في مرحلة شبابهم.

الفصل الثاني عشر
مشاكل الاتصال بكبار السن والتغلب عليها

مع تقدم الزمن فقد تقدمت وسائل العناية بالمسنين حيث قدم العلم الحديث الكثير من المنجزات في هذا المجال، ولكن يبقى المسنون محتاجين إلى أسرهم والتي ينتمون إليها، بدل تركهم في دور العجزة تحت وطأة الشيخوخة وما ينجم عنها من ضعف في الحواس وأمراض في الجسد، وانقباض في النفس نتيجة العزلة والشعور بعدم القدرة على المشاركة في الإنتاج، مما يقتضي رعاية خاصة من قبل الأسرة.

إن أغلب حواس المسن تتأثر مع تقدم السن وخاصة السمع والنظر مما يؤثر على اتصاله بالآخرين ويؤثر على حالته النفسية وسنعرض في هذا الفصل أهم هذه المشكلات مع اقتراحات عملية للتغلب عليها والتأقلم معها.

ضعف السمع:

يعتبر ضعف السمع ثالث أكبر مشكلة في المسنين بعد الخشونة وارتفاع ضغط الدم، ويكون في الرجال أكثر منه في النساء وتكرار عدم القدرة على سماع الآخرين يعطي المسن الشعور بعدم التواصل معهم ويشعره بالإحباط والعزلة.

وللمساعدة في تحسين الاتصال بالمسن المصاب بضعف السمع يجب إتباع الأتي:

١. يجب التحدث مع المسن ضعيف السمع بصوت واضح ومسموع وعرضه على الطبيب المختص إذا احتاج الأمر لذلك.
٢. اقترب قدر الإمكان من الشخص المسن لتضمن سهولة سمعه لك ورؤيتك.
٣. واجه المسن (أي اتجه بوجهك نحوه) وأنت تتحدث معه مع مراعاة عدم وجود ضوء مبهر منعكس على وجهك أثناء ذلك حتى يراك بسهولة وتحدث إلى المسن وأنت في مستوى نظره.
٤. نبه المسن بيدك برفق أو بإشارة منك قبل بدأ الحديث إليه لتأخذ انتباهه لحديثك.
٥. اخفض أي ضوضاء تمنع المسن من سماعك قبل بدأ حديثك إليه.
٦. اجعل حركات فمك واضحة أثناء الكلام حيث أن قراءته للشفاه أثناء الحديث تساعده على فهمك.

٧. تحدث بصوت أعلى قليلاً من الصوت العادي ولكن بدون صياح أو صراخ مما قد يضايق المسن.
٨. تحدث ببطء مع توضيح أكبر لمخارج الألفاظ.
٩. اجعل جملتك مختصرة ومفيدة وواضحة.
١٠. راقب تعبيرات وحركة رأس المسن أثناء حديثك معه فهي توضح إذا ما كان حديثك إليه مسموعاً وواضحاً أم لا.
١١. حاول أن تجعل الموضوع الذي تتحدث فيه واضحاً منذ البداية وتجنب التغيير المفاجئ لموضوع الحديث حتى لا يخطئ المسن فهمك.
١٢. اضغط على الكلمات المفتاحية في الحديثِ (أي الكلمات الهامة التي توضح موضوع الحديث) مع التوقف بعد كل كلمة من الكلمات المفتاحية.
١٣. أعط المسن الوقت ليرد.
١٤. يمكن سؤال المريض أن يعيد ما قلته له خاصة إذا كان الموضوع هاماً إذ قد يتظاهر المسن في بعض الأحيان انه قد سمعك تفادياً للإحراج.
١٥. تكلم مع المسن بشكل ودي ولكن تجنب الحديث إليه بلغة الأطفال حيث أن حديثك إليه كطفل قد يشعره باستخفافك به.
١٦. استخدم التعبيرات الوجهية والإشارات والإيماءات اليدوية أثناء حديثك معه لتكون أكثر وضوحاً.
١٧. بدلاً من تكرار الجملة عند عدم سماعها أعد صياغتها مرة أخرى ولا يجب أبداً أن يظهر عليك الضيق من التكرار حيث أن هذا له أثر سيئ على نفسية المسن.
١٨. يمكن استخدام نوتة صغيرة لتكتب عليها ما تريد توصيله للمسن عند تكرار صعوبة وتعذر سماعه لك.

ضعف النظر:

تعاني كل تركيبات العين من التغيرات العضوية المتعلقة بتقدم السن مما يعيق التواصل الاجتماعي وتؤثر هذه التغيرات على قدرة المسن على الرؤية في الضوء الضعيف والقدرة على الحكم الصحيح على المسافات، ويعتبر هذا الحكم ذو أهمية أثناء

الحركة حيث نحدد الحركة التي سنقوم بها بناء على هذا الحكم وقد يؤدي الخطأ في هذا الحكم إلى الوقوع، ويعاني المسن أيضاً من ضعف في مجال الرؤية الجانبية بمعنى أنه يرى أمامه ولكن لا يرى بجانبه بوضوح إلا عند الالتفات.

ويجب مساعدة المسن ضعيف البصر في تسهيل احتياجاته اللازمة وبالتالي لن نعرضهم للأذى، وللمساعدة في تحسين الاتصال بالمسن المصاب بضعف النظر يجب إتباع الأتي:

١. عند الاتصال بالمسن ضعيف النظر اقترب منه ببطء وحييه شفوياً مع اللمس الرفيق الحنون.
٢. حاول زيادة مستوى الإضاءة بالمكان حيث يحتاج المسن لمستوى إضاءة ثلاثة أضعاف المستوى العادي ولكن تجنب الأضواء المبهرة المنعكسة عليه فتؤدي إلى الزغللة وتضايقه.
٣. اقترح عليه أن يستخدم نظارته أثناء حديثه معك.
٤. ضع الأشياء المطلوب من المسن الانتباه إليها في مجال نظره.
٥. عند إعطاء المسن شيء مقروء أو صورة حاول أن يكون هذا الشيء ذو حجم كبير واضح ويفضل استخدام الألوان المتناقضة حيث أنها أكثر وضوحاً مثل الأسود على خلفية بيضاء أو صفراء.
٦. لا تغير مكان الأشياء الخاصة والحيوية للمسن من مكانها إلا بعلمه وأذنه واعلمه دائماً عند أي تغيير في ترتيب أثاث المنزل.

المرح والضحك واللمس تساعد على تقوية اتصالنا بالمسن:

إن المرح والضحك واللمسات الحنونة تساعد على تقوية اتصالنا بالمسن، فالمرح له تأثيرات فسيولوجية ونفسية عديدة مفيدة للجسم حيث يساعد الضحك على إفراز الكاتيكولامين والهرمونات التي تعطينا الإحساس بأننا في حالة جيدة وتساعدنا على تحمل الألم وهو يساعد على تقليل القلق وإفراز المسكنات الطبيعية للألم وتحسين التمثيل الغذائي ويحسن من النغمة العضلية، لذا يجب أن يكون تعاملنا مع المسن يبعث

على المرح والفكاهة والضحك لأن الضحك هو نوع من أنواع الاتصال يقوي الثقة ويقاوم الغضب والإحباط.

وكذلك اللمس يحتل مكانة عالية في تفاعلنا مع المسن حيث يزيد من ثقته فينا ويعطيه الإحساس بالاهتمام به.

التوازن:

يعاني المسنين وبعض مرضى الجهاز العصبي (مثل مرضى الشلل الرعاش والشلل النصفي وخلل التناسق العضلي العصبي) وبعض مرضى الجهاز العضلي الحركي ومرضى الأذن الوسطي وحالات متنوعة أخرى من خلل التوازن.

وهذه المشكلة نتيجة لـــ:

- خلل في المستقبلات الحسية التي تنقل معلومات عن حركة الجسم وأجزائه ووضعه للمخ، وأهم هذه المستقبلات العين وجهاز التوازن الموجود بالأذن والمستقبلات الحسية الموجودة في المفاصل والأنسجة المحيطة.
- خلل في المعالجة المركزية للمعلومات الواردة من هذه المستقبلات بخصوص التوازن والتي تتم في الجهاز العصبي المركزي.
- خلل في الجهاز المسؤول عن تنفيذ الأوامر الواردة من الجهاز العصبي لمنع فقد التوازن وهو الجهاز العضلي الهيكلي.
- خلل في كل هذه العناصر مجتمعة كما في المسنين.

ويؤدي خلل التوازن إلى صعوبة حركة المريض خاصة في المواقف التي تتطلب تحكم أكثر في التوازن ويؤدي خوفه من الوقوع إلى قلة حركته وإعاقتها وما ينتج عن ذلك من آثار جانبية، وقد يصل الأمر إلى الوقوع وما قد يتبعه من إصابة (وخاصة كسور عنق الفخذ في المسنين) وما يتبعها من رقود بالسرير لفترة طويلة معرضة المريض (خاصة المسن) لمخاطر الرقود الطويل من جلطات الساق والالتهاب الشعبي الذي قد يتحول لالتهاب رئوي وقرح الفراش وضعف العضلات وهشاشة العظام.

وتكتسب تمرينات التوازن أهمية كبرى للحفاظ على التوازن ومنع الوقوع واعتماد المريض على نفسه وإعطاءه الثقة في النفس.

وتحسن تمرينات التوازن من سرعة رد فعل العضلات وبالتالي تحمي الأنسجة والمفاصل من الإصابة وهي تمرينات بسيطة يمكن أداؤها في المنزل وبإمكانيات بسيطة جداً.

وتقع أغلب حالات الوقوع أثناء المشي أو الدوران أو صعود ونزول السلم، ومن أسباب الوقوع التعثر في طرف السجادة أو السلك أو الوقوع في حفرة أو التعثر في درجة سلم غير واضحة أو الانزلاق... الخ.

ويجب توفير الأماكن الآمنة وتجنب الأماكن المرتفعة ودرجات السلالم والعتبات بين الغرف، لذلك يفضل أن تكون غرفة المسن بالدور الأرضي ويكون السرير منخفض قدر الإمكان.

ضعف الذاكرة:

يجب اشتراك المسن في المناقشات وتكرار الأسئلة عليه حتى يستطيع التركيز، كما أن هناك أدوية منشطة للذاكرة تصرف بعد استشارة الطبيب.

قلة ساعات النوم ليلاً (الأرق):

يجب تشجيع المسن على ممارسة بعض التمرينات أو النشاطات الخفيفة ومحاولة تقليل عدد ساعات النوم نهاراً.

تقرحات الفراش:

يجب إتباع النظافة التامة للمسن وعدم تركه مبللاً بالبول أو العرق، كما يجب تغيير وضع المسن أثناء الجلوس أو النوم بين كل فترة وأخرى، وذلك يمنع الإصابة بأي تقرحات أو التهابات.

عدم التحكم في الإخراج:

يجب تدريب المسن على تنظيم أوقات الذهاب للحمام لقضاء الحاجة كل ٣-٤ ساعات، وفي حالة عدم تجاوب المسن، يجب استخدام الحفاضات أو أكياس البول حيث يمكن صرفها من العيادة الخارجية.

وبصورة عامة يجب إحاطة المسن بالرعاية الشاملة التي يمكن أن تمنعه من الاستسلام لهذه التغيرات، إن رعاية المسنين ولاشك هي مسؤولية مشتركة بين أفراد المجتمع والإنسان في مرحلة الشيخوخة بين الضعف والوهن كما أن العناية بالمسنين مظهر من مظاهر التكامل الاجتماعي في الإسلام.

وحرصاً على بقاء المسنين بين أهلهم وتحت رعايتهم فيجب على ذويهم الاعتناء بهم من جميع النواحي التالية:

أولاً - الرعاية الصحية:

وهي تعتمد على الحالة الصحية للمسن والإمكانيات المتاحة لأسرته وفي بيئته، لذا يطلب من الجميع العناية قدر الإمكان بصحة المسن كما يلي:

- الحصول على العناية الصحية المناسبة ومحاولة مراقبة التطورات المرضية لحالتهم الصحية بهدف علاج الأمراض مبكراً.
- الاعتناء بنظافتهم الشخصية والعامة.
- القيام بأداء التمرينات الرياضية المناسبة يومياً.
- الاهتمام بتناول الغذاء الصحي والمتوازن.
- تجنب العادات السيئة مثل التدخين والإدمان على الكحول والمواد المخدرة.
- إتباع أساليب الوقاية من الحوادث والإصابات.

ثانياً - الرعاية النفسية والاجتماعية:

حيث تتحقق هذه الرعاية بإتباع التالي:

- يجب أن يكون له دور يملأ به حياته ويمنحه الإحساس بقيمته وبحاجة الآخرين إليه.
- السماح له بإبداء الرأي.
- السماح له بالاشتراك في الأنشطة الترفيهية والرياضية والاجتماعية العائلية أو الوطنية، حيث تؤثر إيجابياً على حياة المسن بتغيير نمط الحياة اليومي وتجنبه الملل، كما أن الحركة التي تتطلبها تلك الأنشطة تحافظ على حيوية المسن،

إضافة إلى ذلك سوف تتاح لهم فرصة لقاء الآخرين وتبادل الأفكار والمعلومات والذكريات.

عشر خطوات لإبطاء تقدم الشيخوخة:

الشيخوخة عملية معقدة تشمل العديد من المناطق من الجسم، ومن غير المحتمَل أن يقوم منتَج واحد أو حبة دواء بمعالجة كل الأعراض المصاحبة للشيخوخة، وهناك أشياء يمكن أن تقوم بها لمساعدتك على أن تبطئ تقدم أعراض الشيخوخة وتحسن من نوعية حياتك.

ومن الممكن أن تقود هذه النصائح لحياة أفضل وأكثر صحة:

١. تناول حمية غذائية متنوعة، ومختلفة:

- يجب أن تشمل الحمية على الكثير من الثمار، والخضار، والأطعمة المصنوعة من الحبوب الكاملة، الألياف، والكالسيوم، والحديد، والمغنيسيوم، والفيتامينات وكلها جزء من العملية التي تعمل على تحسين وظائف الجسم).
- اشرب الكثير من السوائل لإبقاء الجلد صحي والجسم أنظف من السموم.
- تناول الأطعمة الصحية الخالية من الدهون، والسكريات للحفاظ على وزن صحي.

٢. مارس الرياضة كل يوم:

- تحسن التمارين الرياضية الشهية، وتجعل العظام أكثر قوة كما تحسن عملية الهضم، والدورة الدموية.
- التمرين يجعلك أقوى ويساعدك على فقدان الوزن.

٣. طلب المساعدة الطبية، أو الرعاية عند الإصابة:

- استمع إلى جسمك واعتن بأي مشكلة مهما بدت صغيرة قبل أن تصبح مشاكل كبيرة.
- قم بإجراء الفحوصات اللازمة بانتظام خصوصاً لأمراض مثل السرطان، وأمراض القلب.

٤. استعمل كريم الوقاية من الشمس:

- يجب الاهتمام بالجلد والبشرة بشكل دائم، إذا كنت تتعرض للشمس لفترات طويلة فقد يعجل هذا في شيخوخة البشرة.

٥. توقف عن التدخين وتجنب الجلوس مع المدخنين:

- فالتدخين عامل ضار جداً ويزيد من خطر الإصابة بأمراض مثل السرطان ومرض القلب.

٦. انتبه لمستويات الإجهاد:

- يعتبر التوتر والإجهاد جزءاً عادياً من حياتنا اليومية، فتعلم كيف تتحكم بمستويات التوتر والإجهاد، بحيث لا تدعها تسيطر عليك.

٧. ابحث عن طرق لتحسين حالتك وزيادة الحماس في حياتك:

- كن مبدعاً ومبتكراً، وحاول أن تتعلم أشياء جديدة في الحياة، يمكنك أيضاً اللجوء للمرح والضحك الذي يطيل العمر.

٨. حافظ على علاقات قوية:

- حافظ على علاقات قوية مع الأهل والأصدقاء، وحاول الخروج معهم والاستمتاع بوقتك.

٩- لا تترك المخاوف والقلق يسيطران على حياتك:

- فالقلق والخوف يعيقان التفكير بوضوح ويجعلانك تعيش في جو من الكآبة.

١٠. حافظ على الخلايا بتناول أطعمة مضادة للتأكسد:

- تتوفر مضادات التأكسد في الثمار والخضار، كذلك في بعض اللحوم، مثل السمك، وبالرغم من أن أجسامنا تنتج مضادات تأكسد خاصة بها، إلا أن مستواها ينخفض مع مرور الوقت بسبب العوامل البيئية وخلال عملية التقدم في السن، تناول ملحقات مضادة للتأكسد، أو اشرب شاي مضاد للتأكسد.
- اعمل كل ما في وسعك لتحافظ على صحتك، وجسمك، وبشرتك ،هكذا ستعمل على إبطاء ساعة الشيخوخة.

سبل التعامل مع المسن المكتئب:

هناك سبل ممكنة للتعامل مع الشخص المكتئب وقد وضعناها على شكل نقاط حتى يسهل فهمها ولكن قبل الدخول في هذا الموضوع نحتاج إلى تحديد معاني الألفاظ بشكل دقيق لمنع أي لبس:

- الشخص المسن يقصد به من بلغ العقد السابع من العمر أي أن عمره ستون سنة فما فوق.
- المكتئب هو المصاب بمرض الاكتئاب وليس مجرد الحزن العابر الذي يمر بالجميع حسب ظروفهم الحياتية.
- مرض الاكتئاب هو حالة مرضية تؤدي إلى تغيرات واضحة على المستوى النفسي والسلوكي والجسماني، والأمثلة على هذه التغيرات كثيرة وتشمل:

- الانقطاع عن المناسبات الاجتماعية.
- الشكوى من ضيق الصدر بشكل مستمر.
- كثرة البكاء.
- انخفاض مستوى العناية الشخصية.
- قلة الحديث مع أفراد العائلة.
- الشكوى الزائدة من أعراض جسدية غامضة ليس لها تفسير واضح.
- اضطراب النوم والشهية.
- التعب المستمر.
- القلق الشديد وظهور مخاوف جديدة.
- التفكير المستمر بالموت أو تمنيه.
- ظهور أوهام وأفكار غير معهودة على الشخص المسن وغير منطقية لكنها متوافقة مع تفكيره المكتئب مثل الاعتقاد الجازم أنه يجلب الحظ السيئ لعائلته وأن موته قادم لا محالة قريباً وأنه عبء على عائلته. وهذه الأعراض تزداد حدتها مع الوقت وتصبح ملحوظة من الجميع.

سبل التعامل هي أساليب سلوكية يتم استعمالها بغرض مساعدة الشخص على التكيف مع جزئية معينة من المرض أو الوصول للحل إن وجد ولا تمثل بحد ذاتها علاجاً شافياً، وهي بذلك تختلف عن الأسلوب العلاجي الذي يحتاج دراسة وخبرة لتطبيقه.

إن مرض الاكتئاب مرض معقد تتداخل عوامل وأسباب نفسية واجتماعية وجسمانية وروحية في تكوينه وتعزيز استمراريته، ويمضي المختصون سنوات في دراسته لبناء خبرة كافية في تشخيصه ومعرفة أنواعه وبالتالي تقديم خدمة جيدة للمصابين به.

وإذا صاحب مرض الاكتئاب أعراض ذهانية مثل الهلاوس والتخيلات أو أعراض خرف مثل عدم القدرة (وليس الرغبة) علىَ الاعتناء بالنفس فهذه حالات تحتاج إلى تقييم جسدي ونفسي كامل لدى المختصين وليس مجرد نصائح عامة.

بعد هذا التوضيح المختصر لما سنتحدث عنه فسبل التعامل هي عبارة عن سبل عامة للتعامل مع المرض والمصاب به، وهي ليست بديلاً عن المختصين ولكنها عامل مساعد، والنقاط اللاحقة، فيما عدا الثلاث الأولى، لا ننصح بتطبيقها على جميع المصابين بالاكتئاب بشكل أعمى إذ أنها تمثل فقط ما يمكن عمله وليس ما يجب عمله، وبالتالي يجب أن يسبق تطبيقها تفكير وتأن لمعرفة مدى مناسبتها للحالات الفردية.

الحصول على رأي خبير: إذا لوحظ على شخص مسن علامات اكتئاب مشابهة لما سبق ذكره فيجب تقييمه بواسطة طبيب نفسي ممن له دراية بشؤون المسنين، والسبب هو وجود عدة عوامل قد تؤدي إلى ظهور أعراض شبيهة بأعراض الاكتئاب مثل:

- اضطرابات الغدة الدرقية.
- فقر الدم.
- انخفاض مستوى بعض الفيتامينات في الجسم.
- استعمال بعض أدوية القلب والستيرويدات.
- تعاطي الكحول.

كما أن الاكتئاب الذي يحصل لأول مرة في عمر متأخر قد يكون عرضاً مبكراً لمرض الرعاش (باركينسون) أو الزهايمر.

دور الأدوية: إذا كانت الأدوية المضادة للاكتئاب اختياراً علاجياً فيجب التأكد أن المسن يأخذ فقط ما يناسبه من ناحية عدد الأدوية وجرعاتها لتفادي ظهور أعراض جانبية مزعجة قد تؤدي إلى التوقف عن استعمال العلاج فيفقد سبباً مهماً لتحسنه، لذلك يجب سؤال الطبيب النفسي الذي يصف العلاج بالتفصيل عن أنواع الأدوية وآثارها الجانبية وتداخلاتها مع الأدوية الأخرى التي يستعملها المريض (يستحسن إحضارها معه)، علماً أن أدوية الاكتئاب تحتاج إلى حوالي ستة أو ثمانية أسابيع من الاستعمال المنتظم لتعطي تأثيرها الكامل، لذلك يجب التحلي بالصبر.

التعامل مع أفكار الموت: تحصل أحياناً لدى الشخص المسن أفكار متكررة بخصوص الموت مثل تمنيه وعدم ممانعته بشكل يختلف عن أسلوبه المعتاد في التعامل مع موضوع الموت، وإذا تطور هذا التفكير إلى مرحلة التخطيط للانتحار أو محاولته فعلاً فهذا يعتبر من الطوارئ الطبية ويجب عمل تقييم طبي بشكل سريع مع طبيب نفسي في مستشفى.

تشجيع المريض على العلاج: توقع أن دورك في البحث عن العلاج أساسي خصوصاً أن الكبار في السن لا يتقبلون مسألة البوح بمشاعرهم بسهولة وبالتالي لا يبحثون عن حل وتستمر معاناتهم لفترة طويلة، لا تهدد المريض أو ترغمه على العلاج إلا في حالات الضرورة القصوى مثل محاولة الانتحار والاكتئاب الذهني.

العناية بنفسك: الاعتناء بشخص مكتئب أو العيش معه لفترة طويلة يؤثر بشكل سلبي على المحيطين به، حافظ دائماً على حد فاصل بين مشاعرك ومشاعر المريض، وإتباع النقاط التالية سيكون عاملاً مساعداً على ذلك.

دور الاستماع والتفهم: هذه أقوى أسلحتك في مواجهة مرض مثل الاكتئاب، استمع للمكتئب وتفهم وجهة نظره وعلاقتها بسلوكه وأفكاره الاكتئابية ولا تقفز بشكل سريع للاستنتاجات، اقبله بكل ما فيه من مساوئ فهذا سيساعده على تقبل نفسه، وهذا مختلف كثيراً عن الدخول في نقاشات منطقية ومتاهات حوارية مع المريض لتغيير وجهة نظره.

احترام استقلالية المريض: لا تجعل رغبتك في مساعدة المريض دافعاً لقيادة حياته بالنيابة عنه، صحيح أن الاكتئاب يضعف قدرة الإنسان على إدارة حياته ويزرع إحساساً بعدم الكفاءة، ولكن إذا قام أفراد العائلة بعمل حتى المهام البسيطة بالنيابة عن المريض فان ذلك يعزز من إحساسه بالنقص ويضعف استقلاليته، والبديل المناسب هو تشجيع المريض على اتخاذ قراراته وإدارة حياته مع أقل قدر ممكن من التدخل حتى نحافظ على إحساسه بالاحترام والتقدير.

محاولة الإقناع: الإحساس بأن الإنسان عبء على عائلته يسبب لهم الأذى ويرهقهم بمشاكله والشكوى المستمرة بهذا الخصوص أمر ملحوظ مع الكثير من المسنين المكتئبين، ومن المتعب جداً محاولة إقناع المريض بعكس ذلك، فقط قل للمريض أنك (أذكر صلة القرابة) وأنك تسعد بخدمته ولا تحاول تغيير رأيه بحوار منطقي فهذا عادة غير مجدي.

التعامل مع الإحساس بالخوف: الخوف من البقاء وحيداً مشكلة يحس بها الكثيرون من المسنين المكتئبين، في هذه الفترة يحتاج المسن إلى رفقة وصحبة شبه دائمة أو دائمة إذا كان الخوف مسيطراً عليه، ولا يحتاج إلى اللوم والاستهزاء فتأثيرهما عكسي، والعلاج الدوائي عادة مفيد في مثل هذه الحالات ولكنه يحتاج لبعض الوقت كما ذكرنا سابقاً.

التعامل مع الرغبة في العزلة: إذا لاحظت لدى المسن رغبة في العزلة كجزء من أعراضه الاكتئابية فحاول تفهمها قدر الإمكان قبل محاولة تغييرها، فالانعزال كثيراً ما يكون انعكاساً لإحساس المكتئب أنه غير مرغوب في وجوده (أظهر رغبتك في صحبته حتى لا يصبح إهمال الآخرين له تأكيداً لأفكاره)، أو عدم وجود رغبة حقيقية في مجالسة الآخرين (في هذه الحالة انتظر إلى أن يستجيب للعلاج ولكن لا تهمله).

الأنشطة المنظمة والترويحية: اعرف مفاتيح شخصيته واستعملها إلى أقصى حد ممكن لتحسين مزاجه ورفع معنوياته، إذا كان يحب الهواء الطلق فخذه في نزهات متكررة، وإذا كان اجتماعياً يحب الناس فخذه إلى التجمعات العائلية حتى لو لم يرغب بالكلام (إذا وافق بالطبع)، وإذا كان شخصاً متديناً فان قراءة القرآن أو الاستماع إليه

والى المحاضرات وسيلة مناسبة لتخفيف حدة الاكتئاب، والهدف من هذا كله مساعدة المريض على تجربة النجاح ولو في مهمة بسيطة مثل الخروج من المنزل، هذا النجاح يساعد على تخفيف الإحساس بالفشل والدونية الذي يصاحب الاكتئاب.

التعامل مع الأفكار السلبية: عندما يبدأ المريض بذكر تصوراته السلبية عن محيطه وبيئته بشكل مبالغ فيه إلى درجة أنه يركز على أسوأ مافيهما ويقلل من أهمية المكتسبات الإيجابية فإن بالمكان مساعدته بطريقتين:

الأسلوب المعرفي البحت: تذكيره بالإيجابيات، تصور الحياة لو كانت أسوأ مما هي عليه.

الأسلوب السلوكي البحت: كتابة الإيجابيات في ورقة على شكل نقاط مثلاً: (صحتي الجسدية ممتازة رغم أني مكتئب)، عدم مناقشة الأفكار السلبية معه بشكل متكرر (تكرار النقاش بدون هدف واضح كثيراً ما يثبت الفكرة السلبية).

دور العائلة وأهمية تثقيفها: من الأفضل أن يتفق المحيطون بالشخص المكتئب على إستراتيجية موحدة للتعامل معه وأن ينموا ثقافتهم النفسية، حيث أن تفاوت مستوى فهمهم للمشكلة قد يؤدي إلى آراء متفاوتة وحلول متناقضة، والمريض قد يفسر هذا كله بشكل سلبي يتماشى مع تفكيره الاكتئابي ويؤكده، مثلاً إذا احتاج المريض إلى الدخول في المستشفى لأنه يفكر بالانتحار فانه قد يعتقد أن أبنائه الذين وافقوا على هذا القرار يرغبون في التخلص منه ومن همومه، أما إذا رأى موقفاً متماسكاً من جميع أفراد أسرته فان هذا يذكره بسوء وضعه ويساعده على تقبل المشكلة والتعامل معها.

الأدب الإسلامي واحترام كبار السن:

ينبغي في الساحة العربية والإسلامية كما هو موجود في البلاد الغربية العناية في كليات الطب البشري بدراسة اختصاص أمراض الشيخوخة، وإحداث عيادات المتخصصين فيها، وعناية الدولة والهيئات الاجتماعية فيها بمعالجة هذه الأمراض الكثيرة الظهور عن طريق تخصيص مراكز صحية خاصة بها، ومنتشرة في أماكن متعددة ورفد هذه المراكز بالأطباء ودوامهم في ساعات معينة، ومنحهم الأدوية أو

العلاجات المناسبة، أو التوجيه لرياضات معينة، ومعالجات فيزيائية متطورة، تسهم في تخفيف المرض أو استئصاله أو منع مضاعفاته، وفي ذلك خير كبير للأمة والمجتمع.

وتوجه شريعتنا السمحاء إلى هذه العناية بما يكفل الحياة الكريمة، لكل إنسان، شاب أو كهل أو شيخ هرم، من غير تمييز، لقول الله تعالى: ﴿ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة وأحسنوا إن الله يحب المحسنين﴾(البقرة: من الآية١٩٥).

ومن المعلوم أن المعاملة الكريمة والإحسان يقضيان وجوب العمل السريع لإنقاذ المسن، سواء فيما يتعلق بالطعام والشراب، أو العلاج والدواء أو الإيواء والسكن، أو اللباس الساتر الملائم.

ويقول النبي ﷺ: (رغم أنف رجل أدرك عنده أبواه الكبر، فلم يدخلاه الجنة) أي بالمعاملة الحسنة، وفي رواية أخرى: (رغم أنفه، ثم رغم أنفه، ثم رغم أنفه: مَن أدرك أبويه عنده الكبر، أحدهما أو كليهما، ثم لم يدخل الجنة).

وما ينطبق على الوالدين ينطبق على غيرهما من الأقارب والأبعد الضعفاء، قال الله تعالى: ﴿واصبر نفسك مع الذين يدعون ربهم بالغداة والعشي يريدون وجهه ولا تعد عيناك عنهم﴾ وقال عليه الصلاة والسلام: (إن من إجلال الله تعالى إكرامَ ذي الشيبة المسلم)، وقال أيضاً: (ليس منا مَن لم يرحم صغيرنا، ويعرف شرف كبيرنا)، وقال كذلك: (أنزلوا الناس منازلهم)، ويأمر النبي ﷺ الناس بتقديم الأكبر سناً بقوله: (كبّر كبّر)، أو (الكُبَر الكبر) وذلك سواء في الحديث أو المشاورة أو دفن الأموات، أو إمامة الصلاة وغيرها، ويقول ﷺ في ترتيب صفوف الجماعة: (ليلني منكم أولو الأحلام والنهى، ثم الذين يلونهم، ثم الذين يلونهم)، والتزم الصحابة الكرام هذا الأدب في منهاج التربية النبوية، فكانوا يقدمون الأكبر سناً في القول أو الكلام، أو الإطعام أو الشرب، وفي غير ذلك.

كل ذلك يدل على التزام هذا الأدب الإسلامي الرفيع باحترام كبار السن، وأهل الفضل والمعروف، في مختلف الأحوال والمواقف ولاسيما وقت اشتداد الحاجة إلى المعونة الطبية التي تساعد على حفظ الجسد والصحة والحياة، وتحمي من الوقوع في الضرر، وتفاقم المرض، واشتداد البؤس والحاجة.

فجدير بالمسلمين والمسلمات في عصرنا وفي كل عصر رعاية هذا الأدب، حتى يكون المسنون بحسب ظروفهم وأوضاعهم مثل غيرهم في الرعاية، والعناية، والاحترام، وتوفير الحاجات الغذائية والدوائية، بل والترفيهية، لأن كبار السن أحوج إلى هذا كله من غيرهم الذين ينهمكون في مشاغل الحياة، وتساعدهم صحتهم، وقوة بنيتهم، على تخطي الأزمات والمحن، وظروف الحياة القاسية.

وتوفير دور الرعاية للمنقطعين من المسنين، وعدم اتخاذها بديلاً لرعاية من لهم أهل من أولاد أو أخوة، إلا في الحالات الاستثنائية التي تتطلب رعاية خاصة لا تتوفر في الأشخاص العاديين.

والأصل في رعاية المسنين أن تكون في نطاق الأسرة وفي المنزل الذي ينشأ فيه الشخص وتربى وبنى حياة معينة، فعلى الأقارب من أولاد أو أخوة أو غيرهم توفير الرعاية الكريمة المستطاعة لهؤلاء، لأن الإنسان يشعر بعزة نفسه وكرامته إذا كان في بيته، وعلى العكس تكون نظرة المجتمع إليه مع الأسف نظرة مهانة وعطف من نوع خاص، إذا كان في دور رعاية عامة، للدولة أو لهيئة خاصة، ويمكن أن يوصف فعل المقصرين من القرابة بأنهم آثمون من الناحية الأدبية إذا أخلوا بهذا الواجب، لقوله ﷺ: (كفى بالمرء إثماً أن يضيع مَن يقوت).

فإن وجد عذر قاهر، أو تطلبت حالات معينة استثنائية تقتضي رعاية خاصة كمرض مؤلم يتطلب تمريضاً معيناً أو علاجات مستمرة خاصة، أو يحتاج إلى خدمة معينة من حمل وقيام وتجليس ونقل، أو لوجود حالة صرع مثلاً أو خرف مُفند، لا يتحمله شخص عادي، أو لا يوجد قريب للمسن أصلاً، فيوضع هذا المسن في بعض دور الرعاية الخاصة بأمثاله، ويعامل معاملة رحيمة ومناسبة، للضرورة أو الحاجة الشديدة لهذا التصرف، وأخذاً بمبدأ الضمان الصحي المقرر في الإسلام.

وعلى من يرعى هذا المسن أن يكون صبوراً، يغتفر زلات المسن وتجاوزاته، ولا يوجه له أي نوع من أنواع الأذى أو الاحتقار، أو التعيير، أو الامتنان، فذلك كله يمس كرامة الشخص، وربما يؤدي به إلى مزيد من الهموم والانفعالات، والوقوع فريسة أمراض أخرى، ويخصص للمسن خادم أو خادمة إذا تعذر على القريب خدمته، ولاسيما في حال الشلل أو فقد السمع والبصر، وقضاء الحاجة في الفراش.

التعامل مع المسنين:

من المعروف أن الإنسان عندما يمر في كل مرحلة من مراحل عمره يكون لهذه المرحلة مهام يتوجب عليه القيام بها، وقد أسهم علم الاجتماع وعلم النفس في فهم الكثير عن النفس البشرية وما تمر به في كل مرحلة من مراحل العمر وفي كل مجتمع.

وعندما نتحدث عن الشيخوخة فإننا نتحدث عن مرحلة من العمر يصعب تحديدها بالأرقام، هذه المرحلة من العمر يكون المرء فيها قد جمع من الخبرات والتجارب في حياته الشيء الكثير، وهو يقف على أعتاب فترة من الانحدار البدني أو الفكري أو كلاهما معاً، إنه ينظر إلى العقود الستةِ التي خلفها وراءه ويقوم إما واعياً مدركاً أو بدون وعي منه بتقييم هذه الفترة الزمنية الطويلة وما قدم فيها لنفسه ومن بعده من ذرية أو حتى للجنس البشري من عطاء، قد يكون الرضا وبالتالي الارتياح النفسي وقد يكون عدم الرضا وبالتالي الانهيار فيكون فريسة للأمراض النفسية من اكتئاب وقلق ونحو ذلك، كذلك فإن المسن في هذه المرحلة من العمر يتوقع أن يأخذ مقابل سني العطاء الطويلة، يتوقع أن يقابل بالعرفان والتقدير ممن أفنى حياته في خدمتهم من ذرية.

وفي الغالب أن سلوكيات المسنين تكون محكومة بظروف حياتهم عبر السنين وأنماط شخصيتهم وظروف حياتهم الحالية، ولكن يمكن القول دون مجانبة الصواب أن المسنين أقل مرونة وهذا شبيه بعدم مرونة عضلاتهم وجلودهم – كذلك فإنه يصعب عليهم تقبل التغيير في أسلوب الحياة والأفكار والسلوكيات، وإن فرض عليهم الواقع ذلك التغيير، فإنهم يواجهون بالرفض وعدم القبول وعدم القدرة على التكيف وبالتالي الشعور بالاضطراب والقلق والخوف أو حتى الكآبة.

ومن ناحية أخرى فإن المسن يكون أقل استجابة وأبطأ في تفاعلاته، ومن ثم فإن الأمور التي تحتاج استجابة سريعة وجواباً أو عملاً سريعاً تكون صعبة عليه وإذا ما كان ذلك واجباً أو مطلوباً منه فإنه يفشل.

كما أن قدرة المسن على التعبير عن مشاعره تكون أقل فيبدو بارداً قليل التفاعل لا يفرح بسرعة ولا يحزن بسرعة وقد يخلق ذلك حساسية لدى ذويه الذين لا يدركون هذه الخاصية فيتهمونه بعدم الاكتراث واللامبالاة، ولكن تجدر الإشارة إلى أن التقدم الكبير في السن وضمور الفص الجبهي للدماغ يؤدي إلى التغيرات السريعة وغير العادية في المزاج، فمثلاً يبكي المسن بسرعة عند الحديث عن قريب أو صديق حصل له مكروه ولكنه لا يلبث أن يضحك عندما يكون هناك سبب للضحك ولو بسيط، وبالتالي يتأثر الأداء الوظيفي بالتقدم في السن خاصة في المواقع التي تعتمد على كفاءة الوظائف الذهنية مثل الأنشطة الحسية والادراكية والانتباه المتقطع والذاكرة والتعامل السريع مع المعلومات، وهناك اتجاه في بعض الدول المتقدمة إلى انتقال العامل بعد ٤٥ عاماً من العمل العضلي العنيف إلى أعمال أخف.

والمسنون عادة لا تناسبهم الأعمال التي لا يمكنهم التحكم في سرعتها أو تلك التي يرهقهم فيها الجري وراء الحافز المادي (العمل بالقطعة) أو تلك الأعمال التي تتطلب الحركة المستمرة أو سرعة الأداء أو الحاجة إلى تعلم مهارات جديدة.

إن المسن تقل كفاءته العضلية عن العامل الأصغر سناً ومن هنا فإنه يوجه إلى مجالات أخرى يكون فيها أكثر فائدة، ولكي يتحقق ذلك ينبغي أن يهيأ له عمل يتوافق مع قدراته وتغيراته السمعية والبصرية والذهنية وأن تحدد المجالات التي يمكن أن يؤديها بكفاءة أكبر.

وقد تكون هذه الخاصية من بطء الاستجابة وعدم القدرة على الانفعال أو التفاعل السريع مثلية في بعض الأحيان ولكنه منقلبة للكبار فهم لا يتهورون ولا ينفعلون ولا يستعجلون في مواجهة الأحداث، بل يتروون ويفكرون وتخدمهم خبرتهم وتجاربهم الطويلة – فتكون غالباً آراؤهم صائبة وقراراتهم صحيحة.

وإضافة إلى ما ذكر من عوامل التقدم في العمر من الناحية النفسية والاجتماعية فإن المسن يحدث تغيرات جسدية سلبية كثيرة، فمثلاً يضعف البصر ويقل السمع وتضمر العضلات فتقل القوة الجسدية ويتجعد الجلد ويتساقط الشعر، وهذا النقص بالذات في الحواس المهمة مثل السمع والبصر وفي القوة الجسدية يواكبه ازدياد الأمراض التي يمكن أن يصاب بها مثل ارتفاع ضغط الدم وداء البول السكري وليونة العظام، وهم نتيجة لذلك قد يحجمون عن الاختلاط والاجتماع، وإذا ما توجب عليهم ذلك فإنهم يلتزمون الصمت إذ تحد من مشاركتهم ضعف السمع والبصر ناهيك عن عدم فهمهم لما يدور بين بني الجيل الجديد من حوارات ومواضيع، كذلك فإن عدم قدرة المسن على الرؤية الجيدة تجعله يخطئ في استعمال دوائه فيأخذ أكثر مما يجب أو أقل وفي هذا ضرر كبير على صحته.

أما النوم فإن المسن تقل قدرته على النوم ساعات طويلة فهو ينام مبكراً ويستيقظ كثيراً وبالتالي فهو ينام ساعات أقل ليلاً ويحتاج إلى النوم في النهار أكثر لتعويض ما يفوت عليه من الراحة.

لذلك فإن المسن يحتاج منا أن نتعامل معه تعاملاً خاصاً:

أولاً: المسن يحتاج للحنان والرعاية والعطف ويجب أن لا نبخل عليه بذلك.

ثانياً: يجب عدم الاصطدام مع المسن في رأي معين لأن موافقته وقتياً ومن ثم العودة مرة أو مرات أخرى لمحاولة إقناعه تأتي غالباً بما نرغبه من نتائج.

ثالثاً: المسن لا يتحمل الإلحاح عليه ومطالبته بالإسراع في أمر ما واستعجاله ويجب أن نعطيه الوقت الكافي لإنجاز ما يريد عمله.

رابعاً: يجب عدم مؤاخذة المسن لبرودته أو عدم اكتراثه بأمر معين لأنه يحتاج إلى وقت أطول للتفاعل مع الأحداث لا عدم المبالاة.

خامساً: يجب أن ندرك أن المسن يستمتع بالحديث عن الماضي السحيق لأنه يتذكره أكثر من الأحداث القريبة ولأنه يشعر باستعراض تجاربه وخبراته، فعلينا أن لا نحرمه من ذلك بل نظهر له التفاعل والإعجاب.

سادساً: إن قصور السمع والبصر لدى المسن يجعله يبتعد شيئاً فشيئاً عن أحداث الواقع وذلك يوجب علينا التحدث بصوت مسموع ومحاولة جذب المسن للواقع بإخباره بما يدور من حوله وأخذ رأيه لأن ذلك يؤخر في عملية الانفصال عن الواقع والتي تحدث في الشيخوخة المتأخرة أو الهرم.

سابعاً: عند انتقال المسن من منزله الذي تعود عليه إلى مكان آخر مثل المستشفى مثلاً يتوجب الاهتمام بتقريبه للواقع والتحدث معه وإخباره عن المكان والزمان والناس من حوله ليظل مرتبطاً بواقعه.

ثامناً: يجب أن لا ننسى أن دعوة الوالد لولده لا ترد وما ورد في فضل بر الوالدين ووجوبه، وأن الله ذكر ذلك بعد ذكر اسمه جل جلاله في أكثر من موضع، وقد ذكر الرسول صلى الله عليه وسلم سوء حال من أدرك والديه أو أحدهما ولم يدخل فيها الجنة.

قال تعالى: ﴿اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُم مِّن ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِن بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِن بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ﴾(الروم:٥٤) ، وقال تعالى ﴿وَقُل رَّبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا﴾ (الإسراء: من الآية٢٤).

إن الإسلام يعمل على تعزيز التضامن الأسري فهو يحث على احترام المسنين وخاصة الوالدين، فالاهتمام بالمسنين إضافة إلى كونه مبدأ راسخاً من مبادئ ديننا الإسلامي الحنيف فهو يستند أيضاً إلى اعتبارات تنموية تتصل بشريحة من المجتمع يمكن الاستفادة منها ومن تجاربها، كون كبار السن يعدون رمزاً للخبرة ويشكلون

العمود الفقري للمجتمع، كما أن الرعاية والاهتمام بالمسنين ضرورة للحفاظ على تماسك المجتمع وترابطه.

الفصل الثالث عشر

دور الدولة لرعاية المسنين

لقد أثر التحديث والمجتمع الصناعي والمدني في العلاقات القائمة بين الجيل القديم والجيل الجديد، فتحولت من مرحلة الإكرام إلى مرحلة الفتور، فمشاكل الانفصال والطلاق والسكن والهجرة وغلاء كلفة المعيشة ودخول المرأة معترك العمل جعلت من المسن فرداً وحيداً متروكاً بلا رعاية أو مراقبة صحية أو حتى غذائية في بعض الأحيان.

وأدت كل هذه العوامل إلى اضطرار المسن إلى التوجه مكرهاً طائعاً إلى دور العجزة التي يحب أن يسميها البعض تخفيفاً للوطأة "بيوت الضيافة" أو "بيوت الراحة".

لقد كانت مسألة الحفاظ على المسنين حتى الأمس القريب من واجبات عائلاتهم، فما تستطيع تقديمه العائلة من احتياجات روحية ومادية لا تستطيع أن تعوضه المؤسسات البديلة، وأصبح واضحاً أن الأولاد بدءوا يتذمرون ويتبرمون من الوالدين اللذين أمعنا في الكبر، وهذا ما لم يكن موجوداً قبلاً فلم يسلم الشيوخ والمسنون إلى دور العجزة إلا أخيراً.

وتجدر الإشارة إلى أنه ما زال للمسن مكانته في الكثير من العائلات، يطيع كلمته ويسمعها كل أفراد الأسرة، ما يشعره بالاحترام والفائدة وبأنه مازال مرغوباً فيه.

أسباب دخول المسنين إلى دور رعاية المسنين:

لقد حدثت تغيرات في المجتمع أدت إلى خلق ظروف مستجدة صعبة أثرت سلباً على رعاية المسنين، كان الناس في السابق يتفرغون لخدمة المسن، لكن هذا الوضع يكاد يكون اليوم مستحيلاً بسبب:

١ ـ تغير أنماط الحياة منها:

- ظروف الهجرة إلى الخارج من فئة الشباب بسبب العمل.
- نمو أعداد المسنين للتقدم الصحي الذي أدى لازدياد متوسط العمر.
- تحول الأسر من أسر ممتدة يتعاون كل أفرادها لرعاية الشخص المسن إلى أسر نووية منهمكة في تغطية متطلبات الحياة.

- تراخي الروابط الأسرية.
- خروج المرأة إلى العمل والتي كانت سابقاً وحدها المعنية بخدمة الكبار.

لأجل كل ذلك تغيرت في العقود الأخيرة كثيراً من المفاهيم والعادات، التي كان بعضها مستهجناً وشاذاً وغير لائق فيما مضى كأن يعيش مسن لوحده وأبناؤه متواجدون لا بل على العكس فقد كان الكبار قبل نصف قرن هم قادة الأسرة يتربعون على عرشها، قراراتهم هي النافذة في كل مناحي الحياة وحتى آخر عمرهم، حيث كان متوسط العمر عام ١٩٠٠ (٤٣ سنة)، لكن التطورات الطبية والاقتصادية حولت كثيراً منهم إلى متقاعدين وزاد متوسط العمر إلى ٦٨.

٢ ـ مشاكل المسنين الجسمية:

- تغيرات طبيعية نتيجة تقدم العمر، وتغيرات مَرضية تضاف إليها في أغلب الأحيان.
- انحدار القدرات الوظيفية لأعضاء الجسم.
- نقص القدرة على الحركة لدى الكبير مما يحوجه لمساعدة الغير.
- انحرافات نفسية بسبب الضغوط.
- تغيرات في أجهزة الحواس وتراجع في انتصاب القامة وصعوبة في حركة الأطراف وعدم ليونة في الأربطة.
- تغير في الوزن وتوزيع الدهن.
- تضخم في القلب وتليف عضلاته وانخفاض كفاءة الدورة الدموية وتصلب الشرايين وتغُير في ضغط الدم.
- انحدار في وظائف الكلى وازدياد مشاكل الإمساك.
- تضخم البروستات لدى الرجال وازدياد التهابات الرحم والفم لدى النساء.
- بوادر كسل الكبد والأمعاء.
- ازدياد الضعف الذهني وفقدان الذاكرة أو النسيان وتغير في عادات النوم وفقدان القدرة على التعلم.

- هشاشة العظام.
- ازدياد حالات الاكتئاب بسبب اضطهاد المحيطين وعزلهم ومنع الممتلكات وعدم الاختلاط معهم وعدم تأمين الحاجات الأساسية.
- الشعور بالوحدة خاصة إذا توفي الزوج وتفرق الأولاد.
- اعتماد أغلب الكبار في مجتمعنا مادياً على الآخرين، حيث لا يوجد ضمانات مادية إلا في حالات بعض المتمولين أو الموظفين الذين يتقاضون تقاعداً مجزياً أما الآخرين فلا تكاد تعرفة تقاعدهم تكفي للضروريات، وبقية المسنين ليس لهم من ضمانات إلا الروابط الأسرية التي تكاد تهتز حديثاً لكثرة أعباء الحياة والتغيرات المجتمعية.

٣- تغير اتجاهات المجتمع:

تتأثر اتجاهات المجتمع سلباً تجاه كبار السن للأسباب التالية:

- أن المسن لم يعد منتجاً فانحسر دوره وفقد أهميته.
- أصبح بحاجة لرعاية مكثفة مما يجعله عبئاً.
- ازدياد أعباء الحياة الاقتصادية مما يجعل الأولويات للأجيال الناشئة.
- عدم التمسك بتعاليم الدين والتقاليد المرعية.
- عمل المرأة جعلها تشعر بتقييد حريتها حين يفرض عليها مساعدة الكبار.

لهذه الأسباب مجتمعة أصبحت رعاية الكبار مهددة، مما يفرض على المجتمع إيجاد البدائل ويقع في مقدمة هذه البدائل دور المسنين.

دَور دُور المسنين في الرعاية:

أهداف دور رعاية المسنين:

١. توفير أوجه الرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية والمعيشية والترفيهية لنزلاء الدار والمركز طبقاً لمتطلبات واحتياجات كل نزيل.
٢. تطوير برامج التأهيل المناسبة للمسنين والاستفادة من قدراتهم وإمكانياتهم.
٣. إدماج المسنين مع البيئة الخارجية وتوثيق الصلة بينهم وبين أسرهم.

٤. توفير الرعاية والتأهيل والعلاج للمسنين في مكان إقامتهم وتوجيه الأسر لأساليب العناية بهم من خلال الوحدات المتنقلة.

٥. تدريب وتأهيل الكوادر العاملة بالدار والمركز ورفع كفاءتهم وتطوير قدراتهم في مجال رعاية المسنين.

أنواع الرعاية:

١- الرعاية الدائمة:

تقدم هذه الرعاية لفئة المسنين الذين لا عائل لهم والذين لا تسمح ظروف أسرهم برعايتهم ويقيمون في دار رعاية المسنين بصورة دائمة حتى نهاية حياتهم ويشترط عند توفير هذا النوع من الرعاية الحصول على موافقتهم وموافقة أسرهم.

٢- الرعاية المتقطعة:

وهي بمثابة رعاية مشتركة للمسن بين الدار أو المركز والأسرة من أجل تخفيف العبء عن الأسرة وذلك من خلال رعاية المسن في الدار أو المركز لمدة محدودة يعود بعدها إلى رعاية أسرته وهكذا بالتناوب.

٣- الرعاية المؤقتة:

يتم خلالها تقديم الخدمات المختلفة للمسن لفترة محددة تمتد لشهر أو أكثر نتيجة لظروف طارئة في الأسرة، يعود بعدها المسن إلى أسرته حال انتهاء المدة المحددة.

٤- الرعاية الأسرية:

تقدم أوجه الرعاية المطلوبة للمسنين في محيط أسرهم حيث يقوم الأخصائيون كل في مجال عمله بزيارات منزلية إلى المسنين للتعرف على احتياجاتهم والعمل من أجل توفيرها داخل الأسرة دون الحاجة إلى زيارتهم للدار أو المركز أو الإقامة فيهما وذلك من خلال الوحدة المتنقلة.

الفصل الرابع عشر

برنامج التعلم الوقائي والعلاجي لكبار السن

ويتم من خلال مرحلتين:

المرحلة الأولى - التقييم القبلي والتهيئة:

وتهدف إلى:

- معرفة جوانب القوة والضعف لدى المسن.
- الاستماع الجيد لهم وممارسة العلاج المعرفي.

وتظهر في صورة:

أ- التقييم الموضوعي لمؤشرات الصحة العامة:

ويتم ذلك عن طريق:

- قياس ضغط الدم.
- قياس سرعة التوصيل.
- قياس معدل التمثيل الأساسي.
- قياس مستوى الماء المعياري بالخلية.
- قياس قوة قبضة اليد.
- قياس مؤشر قوة القلب.
- قياس السعة الحيوية.
- قياس أقصى معدل للتنفس.

ب- تقييم الوظائف الانفعالية والمعرفية والسيكولوجية:

- **بالنسبة للوظائف الانفعالية:** رصد مظاهر القلق وتقييم الاكتئاب والقدرة على مقاومة الوحدة النفسية وتقييم توهم المرض.
- **بالنسبة للوظائف المعرفية:** كالتعرف على تركيز الانتباه وتقييم الذاكرة.

- **بالنسبة للوظائف السيكولوجية:** كسرعة رد الفعل الحركي وتقدير زمن
- الرجع وقبضة اليد.

ج- جلسات العلاج الجماعي المعرفي:

تقام في موعد مناسب عن طريق أخصائي يدير حوار مقنن مع كبار السن في مجموعة لا تزيد عن ١٥ شخص وتتم الجلسات على الأشكال الآتية:

- استثارة الأخصائي لدافعيتهم بسؤاله عن المعوقات التي تحول دون أن يكونوا نماذج فعالة.
- جلسة آراء حول موضوع ما وأن ما سوف يصلون إليه من آراء سوف يوضع موضع التنفيذ.
- جريدة يكتب فيها كبار السن.
- تهدف هذه الجلسات المعرفية إلى :
- حصر الأفكار غير المنطقية.
- جذب العضو لتقليد نموذج ناجح.
- صياغة المواقف لمواجهة فكرة ما خاطئة.

المرحلة الثانية - تنشيط المخزون الاستجابي:

وذلك عن طريق:

أ- التدريب على تركيز الانتباه.

- باستخدام ألعاب تتطلب استخدام الحواس.
- جهاز الثبات العصبي.
- لوحة الثقوب مع أعواد الكبريت.

ب- تدريب الذاكرة:

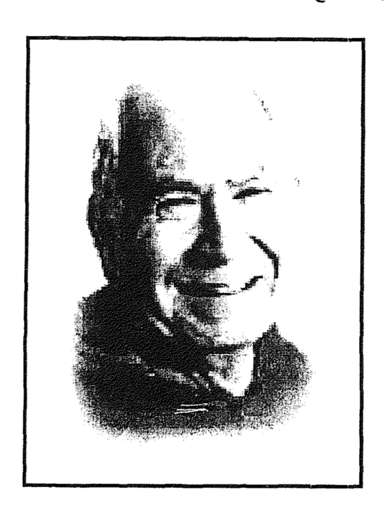
يعرض على المسنين فيلم قصير ثم يطلب منهم أن يقصوه بالتتابع الزمني في تسلسل الأحداث.

ج- التدريب على التناسق الحسي- الحركي:

- بتعليم المسنين للصغار ألعاب ومكعبات تحتاج الضغط عليها فيتحقق التناسق الحسي والحركي.

ضرورة توفير احتياجات التعلم مدى الحياة:

ليس صحيحاً أن الإنسان إذا ما وصل إلى سن ٦٠ أو حتى ٨٠ فإنه لا يستطيع التعلم والتفكير، ومن ثم اهتمت برامج رعاية المسنين بإعادة تعلم مهارات الحياة في المنزل والعمل إن استطاع أن يجد عمل مناسب بعد التقاعد.



توصيات نحو سيكولوجية الرواد كبار السن:

- تخصيص جريدة لكبار السن تعرض فيها أفكارهم وآرائهم ومشاكلهم.

- تنشيط الجمعيات غير الحكومية على إنشاء مراكز تدريب المسنين على التعلم.
- إنشاء نوادي يجتمع فيها بالمسنين.

الفصل الخامس عشر

برنامج علاج سيكولوجي للتوافق النفسي والاجتماعي

يعتمد البرنامج على تعديل سلوك العميل وتدريبه على المهارات الاجتماعية السليمة التي تساعده على التوافق النفسي والاجتماعي في الأسرة والمجتمع.

فالتوافق النفسي والاجتماعي غير السوى سببه الرئيسي وجود اضطراب في المهارات المكتسبة المناسبة لتلك المواقف مع نقص في الخبرة أو التعلم الخاطئ لبعض التصرفات غيرة المتوافقة.

خطة العلاج:

١- تحديد السلوك غير المرغوب الذي يؤدي إلى عدم التوافق النفسي والاجتماعي مع المجتمع ومساعدته على تبنى السلوك التوافقي السليم وتدريبه عليه ودعمه واستثمار الجوانب الإيجابية لديه.

٢- محاولة الضبط الانفعالي المصاحب للسلوك الانحرافي لأنه يؤدي إلى السلوك غير المرغوب كالعدوان والأنانية والتقلب الانفعالي... الخ.

٣- تنمية القيم والعادات والتقاليد لدى العميل حتى يستطيع موائمة نفسه مع أسرته ومجتمعه.

٤- مساعدة العميل على النضج وتنمية شخصيته وإتاحة الفرصة له للتزود بالخبرات التي تساعده على تنمية الوعي الاجتماعي وإحساسه بالمسؤولية الاجتماعية.

٥- مساعدة العميل على اكتساب الأنماط السلوكية المرغوبة وتعديل الأنماط السلوكية المنحرفة لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي له مع المجتمع الذي يعيش فيه.

٦- إتاحة الفرصة للعميل لاكتساب المهارات المختلفة التي تزيد من قدرته الإنتاجية عن طريق المشاركة في أوجه النشاط التي تتيح الفرصة للقدرات الكامنة على الظهور.

٧- استغلال وقت العميل بما يعود عليه وعلى المجتمع بالنفع.

٨- تدريب العميل على المهارات المرغوبة ثم أجراء حوار فيما تعلمه ثم إتاحة الفرصة له لكي يشاهد شخص أخر وهو يؤدي الاستجابة بطريقة ماهرة ثم يطلب منه أن يقلد ويكرر ما شاهد ويتم تشجيعه إذا أدى الاستجابة المرغوبة وينبه إلى عيوبه في الأداء وتعاد تلك الإجراءات حتى يتقن المهارات بصورة جيدة.

وتوجد بعض النقاط المساعدة على التوافق النفسي والاجتماعي وهي:

١- التقليل من السلوك العدواني.

٢- التقليل من السلوك الانسحابى.

٣- التقليل من السلوك الأناني.

٤- التقليل من السلوك المتمرد.

٥- التقليل من السلوك المتقلب انفعالياً.

العلاج بالعمل عند المسن:

يعتبر العلاج بالعمل من بين الطرق المستعملة بكثرة في مجال التخفيف من حالات التوتر النفسي والقلق وكذلك إخراج الحالة النفسية من حالة التقوقع والوحدة والخمول في نشاطات تفاعلية مع الذات والمحيط.

كما نعرف أن المسنين في مراكز المسنين أو المسنين المتواجدين في البيت يركن أغلبهم إلى الوحدة والانطواء عن العالم الخارجي بحيث يحس انه أصبح عالة على هذا المجتمع ألا أن الطرق الجديدة أثبتت أن كبار السن هم قوة إنتاجية بحيث لهم خبرات كبيرة نحتاج إلى الاستفادة منها.

إن استعمال طريقة العلاج بالعمل تزيد من إحساس الفرد المسن بأنه قادر على العطاء وأن هذا المجتمع بحاجة إليه، ومن جهة أخرى تخفف من حالة الشعور بتقزيم دوره في العطاء والدخول في عملية الرجوع إلى الماضي والدخول في احباطات وحالات قلق.

والمقصود بالعمل هنا ليس العمل المتعب ولكن هناك مجالات كثيرة من المهن التي لا تحتاج إلى القوة وهي في نفس الوقت ذات فائدة اقتصادية كبيرة منها الفلاحة بأنواعها، الحرف التقليدية من نسيج وصناعة الأواني، التعليم، المهن البسيطة الأخرى.

ولنعطي فرصة إلى شيوخنا لأنهم بحاجة إلى الإحساس بفاعليتهم لأن الشخص المسن بحاجة إلى من يشعره بأنه لازال قادر على العطاء وإنه نبع لا ينضب وإلا ففي أحيان كثيرة يكون فريسة للاكتئاب والأمراض الأخرى.

والكلمة الحسنة لها مردود طيب على الفرد سواء على الصعيد الشخصي أم على الصعيد الاجتماعي ككل، فحينما يعيش الفرد في جو بيئي حسن فذلك ينعكس على شخصيته وسلوكه انعكاساً إيجابيا مما يجعل المجتمع متلاحم ومترابط وهذا مما يخفف من حدة الإصابة بالأمراض النفسية في المجتمع.

كما أن الرعاية الاجتماعية والاهتمام النابع من المجتمع اتجاه الفرد مما يشعر الفرد بالانتماء إلى هذا المجتمع والمسؤولية التامة عن هذا المجتمع من الفرد اتجاه المجتمع الذي هو فيه وهذه النقطة أساسية لتكامل شخصية الإنسان اجتماعياً لأنها تخلق مشاعر طيبة بين أوساط أفراد المجتمع مما تجعلهم مترابطين ومتلاحمين وتقلل فجوة حدوث الأمراض النفسية بينهم لانعكاس الشعور الإيجابي بينهم.

الفصل السادس عشر

التوافق

يعتبر مفهوم التوافق من المفاهيم الأساسية في الصحة النفسية، حيث إن جميع سلوكيات الإنسان الناجحة أو الفاشلة، إن هي إلا محاولات للتوافق من أجل خفض ما يعانيه الإنسان من توتر وخوف وصراعات وقهر.

مفهوم التوافق:

تعريف موسى: هو العملية الدينامية المستمرة التي يقوم بها الفرد مستهدفا تغيير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه وبين نفسه من جهة، وبينه وبين البيئة من جهة أخرى (١٩٨١- ص ١٨).

تعريف برون: الانسجام مع البيئة ويشمل القدرة على إشباع اغلب حاجات الفرد ومواجهة معظم المتطلبات الجسمية والاجتماعية (١٩٨٣ – ص ١٢٤).

تعريف داود: مفهوم خاص بالإنسان في سعيه لتنظيم حياته وحل صراعاته ومواجهة مشكلاته من إشباع وإحباطات وصولاً إلى ما يسمى بالصحة النفسية أو السوء أو الانسجام والتناغم مع الذات ومع الآخرين في الأسرة وفي العمل وفي التنظيمات التي ينخرط فيها ولذلك كان مفهوماً إنسانياً.(١٩٨٨- ص ٣٥).

التعريف الذي نذهب إليه هو أن التوافق إشباع الفرد لحاجاته النفسية وتقبله لذاته واستمتاعه بحياة خالية من التوترات والصراعات والأمراض النفسية، واستمتاعه بعلاقات اجتماعية حميمة ومشاركته في الأنشطة الاجتماعية، وتقبله لعادات وتقاليد وقيم مجتمعه.

مفهوم الاتجاه النفسي:

لم يوجد تعريف واحد مقنع يعترف به جميع المشتغلين في الميدان، إلا أن التعريف الذي ذاع أكثر من غيره والذي لا يزال يحوز القبول لدى غالبية المختصين وهو تعريف جوردون ألبورت: (الاتجاه حالة من الاستعداد أو التأهب العصبي والنفسي، تنتظم من خلال خبرة الشخص، وتكون ذات تأثير توجيهي أو دينامي على استجابة الفرد لجميع الموضوعات والمواقف التي تستثير هذه الاستجابة).

ولتقريب المعنى المقصود إلى الذهن يمكن القول إن الاتجاه هو الحالة الوجدانية القائمة وراء رأي الشخص أو اعتقاده فيما يتعلق بموضوع معين، من حيث رفضه لهذا الموضوع أو قبوله ودرجة هذا الرفض أو القبول.

ويعرف (بوجاردس) الاتجاه قائلاً: بأنه (ميل الفرد الذي ينحو سلوكه تجاه بعض عناصر البيئة أو بعيداً عنها متأثراً في ذلك بالمعايير الموجبة أو السالبة تبعاً لقربه من هذه أو بعده عنها) وهو يشير بذلك إلى مستويين للتأهب هما: أن يكون لحظياً، أو قد يكون ذا أمد بعيد.

وسنحاول فيما يلي مناقشة كل مستوى من هذين المستويين على حدة بشيء من الإيجاز:

- **التأهب المؤقت أو اللحظي:** وينتج بطبيعة الحال من التفاعل اللحظي بين الفرد وعناصر البيئة التي يعيش فيها، ويمثل ذلك، اتجاه الجائع نحو الطعام في لحظة إحساسه بالجوع وينتهي هذا التهيؤ المؤقت بمجرد إحساس الجائع بالشبع.
- **التهيؤ ذا المدى الطويل:** ويتميز هذا الاتجاه بالثبات والاستقرار، ويمثل ذلك اتجاه الفرد نحو صديق له، فهو ثابت نسبياً، لا يتأثر غالباً، كالمضايقات العابرة، ولذلك فمن أهم خصائص هذا النوع من الاتجاهات أنه تأهب أو تهيؤ، له صفة الثبات أو الاستقرار النسبي الذي يتبع بطبيعة الحال تطور الفرد في صراعه مع البيئة الاجتماعية والمادية، وعليه فالاتجاهات هي حصيلة تأثر الفرد بالمثيرات العديدة التي تصدر عن اتصاله بالبيئة وأنماط الثقافة، والتراث الحضاري للأجيال السابقة، كما أنها مكتسبة وليست فطرية.

التوافق النفسي والاجتماعي:

شغل موضوع التوافق النفسي والاجتماعي حيزاً كبيراً في الدراسات والبحوث لأهميته في حياة الناس، فالتوافق ليس مرادفاً للصحة النفسية فحسب بل يرجعه الأكثر بأنه الصحة النفسية بعينها[1]، فهو الهدف الرئيسي لجميع فروع علم النفس بصورة

---

(1) المغربي: ١٩٩٢، ٦.

عامة، ومن أهم أهداف العملية الإرشادية والعلاج النفسي ويرتب في أوائل أهداف الإرشاد النفسي [١].

يتصف المتوافق نفسياً واجتماعياً بشخصية متكاملة قادرة على التنسيق بين حاجاته وسلوكه الهادف وتفاعله مع بيئته، الذي يتحمل عناء الحاضر من أجل المستقبل متصفاً بتناسق سلوكه وعدم تناقضه ومنسجماً مع معايير مجتمعه دون التخلي عن استقلاليته، مع تمتعه بنمو سليم غير متطرف في انفعالاته ومساهم في مجتمعه [٢].

ويرى فرم أن الإنسان اجتماعي بطبعة وان مشاكله في أغلبها ناتجة عن انفصاله عن مجتمعه ، وهناك عدد من المحكات نحدد من خلالها درجة السواء من غير السواء منها:

المحك الإحصائي الذي يعتمد في تحديده لدرجة التوافق على التوزيع الطبيعي (المنحني الاعتدالي) الذي يفترض أن أي خاصية بشرية تتوزع على شكل منحني تتجمع الأغلبية في الوسط والأقلية في الأطراف، وبالتالي فان التوافق سيكون موضعه قريب من متوسط المنحني أي مع أغلب الناس بينما سوء التوافق يقترب من أطراف المنحني أي مع الأقليات [٣].

المحك الثقافي الذي يعتمد في تحديده درجة التوافق من خلال اقتراب الفرد مما هو سائد في مجتمعه[٤].

المحك المرضي يعتمد في تحديد التوافق من خلال أعراض عيادية [٥]. لا يخلو شخص في حياته من سوء التوافق ولكن اختلاف مستوى التوافق يدفع البعض، ولهذا يلجئون إلى المعالجين النفسانيين (أطباء وأخصائيو علم النفس ومرشدين)، إلى

---

(1) زهران:١٩٨٠، ٢٦

(2) المغربي، ١٩٩٢: ٩

(3) (عيسوي، ١٩٧٠: ٢٦٠)، (الديب، ١٩٨٨: ٣).

(4) (جلال، ١٩٨٥: ٢٨١-٢٨٢)، (طه، ١٩٨٠: ١٩).

(5) جلال ١٩٨٥: ٢٨٤

المرشد النفسي الذي يتعامل مع حالات سوء التوافق التي لم ترقى إلى درجة الاضطراب المرضي سواء للوقاية من الاضطرابات أو للرعاية النفسية.

التوافق النفسي والاجتماعي للمسنين:

إن معنى التوافق الذي يسعى إليه المهتمون بشريحة كبار السن هو مدى قدرة الفرد على إعادة تشكيل اتجاهاته وسلوكياته استجابة لما قد يتعرض له من تغييرات بيولوجية ونفسية اجتماعية تعتبر جزءاً من التقدم في السن، وذلك بشكل يوائم فيه بين متطلبات نموه وتوقعات مجتمعه ومتطلباته بما يضمن له حياة سعيدة هادئة مستقرة، ومن العوامل الإيجابية التي ترتبط بالتوافق الاجتماعي الناجح الصحة الحسنة وكون المسن متمتعاً بعلاقات أسرية طيبة أو له أصدقاء، وقيامه بعمل بعد إحالته للتقاعد، ووجود هواية يمارسها في أوقات الفراغ ومشاركته في الأعمال الاجتماعية والتطوعية.

وتوجد نظريتان رئيسيتان لتفسير التوافق لدى كبار السن مع أوضاعهم الاجتماعية من خلال تبادلية الأدوار هما:

نظرية فك الارتباط: وتفترض نظرية فك الارتباط في إن انخفاض معدل التفاعل الاجتماعي والنشاط عند المسن هو استجابة عادية نتيجة الانحدار العام والطبيعي من الناحية الصحية ومحدودية دائرة نشاطه الاجتماعي، وعلى المسن أن يترك مجال الدور الذي لم يعد يستطيع العمل فيه بكفاءة لكي يفسح المجال لمن هم اصغر منه سناً، وطبقاً لهذه النظرية فان تحلل المسن من أعباء الدور الوظيفي يزيد من توافقه فيما تبقى من حياته ويعزز ارتباطه بأنشطة تميل إلى الحياة الآخرة استعداداً للوفاة.

نظرية النشاط: جاءت هذه النظرية لتؤكد على النتائج الإيجابية لاستمرار ارتباط المسن بالعالم على سعته، وطبقاً لهذه النظرية فانه على المسنين وبصرف النظر عما يواجهونه من تغييرات فسيولوجية ونفسية واجتماعية التمسك بأدوارهم التي كانوا يمارسونها في المرحلة السابقة، أو استبدال الأدوار التي تركوها بأدوار أخرى بديلة مثل محاولة إيجاد أعمال أخرى أو التخطيط للرحلات وممارسة الهوايات بعد التقاعد، وعليه فان الشخص المتوافق وفقاً لهذه النظرية هو الذي يبدي نشاطاً في مقاومة

انكماشه الاجتماعي محتفظاً في ذات الوقت بفعاليات مراحل العمر السابقة ولديه أيضاً البدائل التي قد تعوضه عن نقص أدواره نتيجة التقاعد أو الترمل.

الإحباط والضغوط النفسية:

معظم الناس يسايرون ضغوط الحياة اليومية دون أن يدركوها، وفي زحمة هذه المتطلبات ينسى الكثير آلامه ومتاعبه واحباطاته باحثاً عن التوافق أو التكيف مع هذه الضغوط، وهو ما يسمى بالتكيف الناجح رغم صعوبتها والتوافق كما ذكرنا هو محاولة لمواجهة متطلبات الذات ومتطلبات البيئة، وفي ثنايا هذا التوافق تكمن محاولاتنا العديدة لأن نبدو أو نتظاهر بوجه مبتسم حتى وان كانت تعترينا الآم عديدة غير مزاحة، ومشكلات حياتية منها اجتماعية أو اقتصادية أو مهنية أو أسرية نحاول حلها بطريقة تعيد إلينا شيئاً من المواءمة الداخلية لكي نبدو سعداء أمام الآخرين.

إن أكثر الناس سعادة وتوافقاً مع أعمالهم أو مع أسرهم أو حتى ميسوري الحال يشعرون بالاحباطات المتعددة، فخيبات الأمل والصراعات وعوامل الضغوط اليومية المستمرة ومتطلباتنا نحو الأفضل تعرضنا إلى الإحباط وهي سّنة الحياة وديدنها، يستوجب علينا أن نواجه الإحباط وحجمه ومداه، فالإحباط Frustration هو أي دافع نفسي أو نشاط لدى الفرد ينشط ويلح في طلب الإشباع وزيادة الرغبة في الطموح، سواء أكان هذا الدافع فطرياً أو مكتسباً من البيئة التي نعيش بها، شعورياً كان أو لا شعورياً، فان الموازنة الداخلية لأي منا يجب أن تلبي هذا الدافع وتحاول إشباعه، وعندما لا يستطيع أي منا إشباع الدافع إشباعاً مباشراً، فانه ينتج عنه إحباطاً.

فالإحباط إذن هي الحالة التي يوجد فيها الفرد ولديه دافع أو عدة دوافع وطموحات مستثارة يصعب عليه إشباعها فتتحول حالة الشخص من مشاعر المسرة إلى مشاعر الضيق والاستياء، وتؤدي به إلى البحث عن مخرج من هذه الحالة أو على الأقل التخفيف منها، وعندما يفشل يبحث الفرد مع مكوناته الداخلية النفسية التي تحاول المحافظة على التوازن عن بدائل تسمى في التحليل النفسي بحيل التوافق (الدفاع) – ميكانيزمات الدفاع – وتسعى هذه إلى تخفيف حالة التوتر والشد والإحباط إلى بديلها إن استطاع الفرد، وهي أيضاً تحاول إبعاد الضغوط النفسية الناجمة عن حالة الإحباط ومن

تلك الحيل (الميكانيزمات) الكبت، الإسقاط، الإزاحة، التبرير، التوحد ...الخ حتى يستطيع الفرد أن يحل الصراع الذي يدور بين الدافع الذي يلح في طلب الإشباع والقوى التي تقف حائلاً دون الإشباع أو إمكانية تحقيق الواقع الذي يتمنى الفرد تحقيقه، وتتسم هذه الميكانيزمات بالمرونة والخديعة والالتواء في التعامل الداخلي للفرد حتى ترضي الرغبات المتعارضة.

أما إذا لم ينجح الفرد في إزاحة هذه الاحباطات وحالة الشد النفسي والأزمة إن وجدت، فستتحول حتماً إلى تكوين ضغوط نفسية ذات طابع مثير ومؤثر على سلوك الفرد، ويبدو هذا الفرد في حالة عدم اتزان أمام الناس الآخرين، وعندما تأخذ الضغوط النفسية الناجمة من الإحباط ماديات أعمق لدى الفرد نفسه، فلابد من إيجاد منفذ للخلاص منها.

إن الإنسان في حالة جذب وطرد تجاه موقف أو عند طلب حاجة يريدها ويصعب تحقيقها مثل البحث عن عمل يناسب إمكاناته وقدراته أو دراسة يعتقد أنها تناسب إمكانيته وطموحه، مع الدخل المناسب الذي يكفي متطلباته ومتطلبات أسرته ولكنه يجهد نفسه ولم يجد هذا العمل، حينئذ يكون بصدد مواجهة صراع بين متطلبات الحياة المعاشية الاقتصادية والوضع الراهن المفروض عليه الذي لا يستجيب لرغباته وقدراته، فتزداد الحالة النفسية سوءاً ومعها تزداد الاحباطات ويكون للضغوط النفسية دوراً كبيراً ملازماً لهذه الاحباطات وربما كان من نتائجها.

ومن نتائج هذه الاحباطات بروز القلق بشكل واضح وازدياد حالات الغضب لدى الفرد وهذا يدفع به أحياناً لأن يفقد السيطرة على أعصابه وعلى سلوكه العام، لذا وضع علماء النفس المتخصصون أساليب عديدة للتعامل مع الإحباط والضغوط النفسية، ومن تلك الأساليب الاستخدام الأمثل لحل المشكلة عبر استخدام المرونة في السلوك إزاء الإحباط أو الضغوط النفسية الناجمة عنها، فالتحديات الجديدة الناجمة عن الإحباط تتطلب حلولاً جديدة من أهمها تجاهل الموقف الضاغط تجاهلاً تاماً ثم الإنكار التام لكل الصعوبات التي تتضخم أحياناً حتى لتبدو مشكلة كبيرة غير قابلة للحل، فضلاً عن استخدام وسيلة تجنب الشعور بالمشكلة بأي شكل ممكن دون إعارة الاهتمام لها مهما

بلغت من الشدة أو القوة، وعدم الأخذ بالحسبان النتائج المترتبة عليها مهما كانت، فحالة الفرد المحبط تغلق عليه رؤية الحلول الصحيحة وتضيع مفاتيح الحلول مهما كانت المشكلة بسيطة أو أكثر من ذلك بالتعقيد.

يقول علماء النفس حينما لا يستطيع الفرد عمل شيء بنّاء فانه يمكن تجنب التوتر بطريقة ما، فاستذكار المشكلة وتذكرها هو بحد ذاته مشكلة سوف يعقدها بالتأكيد ويشعره بعجزه من إيجاد الحل المناسب لها وبالتالي يضعف مقاومته لها، إذن تذكّر المشكلة هو مبالغة فيها وتقلل من قدرته في إيجاد الحلول المناسبة لها وإحساسه بالفشل والاستسلام بعد ذلك.

لذلك فإن علماء النفس يرون بأن الأفرادَ الذين يواجهون بعض التهديدات الحياتية المتعلقة بالشؤون الاقتصادية أو المعاشية أو المتعلقة بالعمل والتي لا يمكن التحكم بها تكون استجابتهم للمواقف التالية بمثابة الانسحاب والاستسلام أو الشعور بالاكتئاب.

إن أفضل الحلول لمواجهة مشكلات الحياة الصعبة هو تأجيل التفكير بها أثناء مداهمتها لكي لا تتحول إلى إحباطات ومن ثم فان إرجاء الحصول على الوضع الأفضل إلى فترة ربما يؤدي إلى مراجعة الأساليب في التعامل فضلاً عن إيجاد حلول أخرى بديلة... وهكذا فان الإحباط ينتج من داخل أنفسنا أولاً ويتحدد الفشل في مدى حجم وسعة وكبر وقدرة الفرد على التصدي لمواجهته... فالطموحات الواسعة تحتاج إلى قدرات عالية وان تحققت فإنها ستتحقق بالتدريج والأرجاء الناجح.

أساليب التوافق النفسي:

في هذا الزمن تكثر الضغوط النفسية التي تهاجم الفرد وتلقي بثقلها على كاهله وتؤدي به إلى الانهيار النفسي وإلى الشلل الاجتماعي والقصور في الإنتاج الفكري والإبداعي، سواء كان في مجال العمل أو داخل نطاق الأسرة فتكثر المشاكل وقد تنهار العلاقات الشخصية وتهتز مقدار الثقة لدى الفرد ويسوء به الظن لدى كل شخص تجمعه به علاقة عمل، وتغلب المصالح على المنافع ويعيش الفرد في دائرة مغلقة مليئة بالتوترات والشحنات الانفعالية ولا يجد أمامه سوى الرضوخ للواقع والاستسلام.

فنحن لا ننكر بأننا نعيش في زمن مادي زمن تكثر فيه المصائب والمحن وصعوبة المعيشة وتغلب عليه ضغوطات العمل ومتطلبات الأسرة وحاجات الأبناء، وكل هذه كفيلة بخلق جو نفسي متوتر وهز مقياس الأمن والراحة النفسية لدى الفرد ولكن هل يصح أن نقف مكتوفي الأيدي؟ ونلقي باللوم كله على هذا الزمن الذي لا يرحم، وندع أنفسنا تبحر في المشكلات وترضخ لأمواجه دون محاولة بذل أي جهد لوقف هذا التيار وإعادة النظر في الأمور.

يجب أن نقي أنفسنا ونضع عليها حصانة شديدة تقيها من الانغماس في معمعة المشاكل والتي ستؤدي بنا في النهاية إلى الأمراض النفسية.. إن الوقاية هي الحجر الأساسي في بناء الصحة العامة والتي بدورها ترسم الطريق السوي والمنير للفرد وتجنبه الصراعات وسوء التوافق الشخصي، فنجد الكثير من الأشخاص يعانون من أمراض عضوية جسمية وهي بلا شك ناجمة عن مشاكل وصراعات نفسية مثل آلام شديدة في الرأس - صداع - آلام الظهر الحادة - اضطراب الجهاز العصبي - اضطراب الدورة الدموية وان الله سخر لنا آليات تعمل في أجسامنا بشكل لا إرادي من أجل توفير غذاء صحي للمخ البشري، فالرئتان تغذيان الدم بالأوكسجين والقلب يضخ محتوياته والكبد يحجز المواد السامة والأمعاء تمتص وتخرج والكليتان تطهران الدم عن البول، وكذلك النفس وهي أعلى وظائف المخ وتتكون من المشاعر والتفكير والسلوك والمعرفة والوجدان، وبالتالي فان لب وجودنا يتمثل في أن نتوافق وأن نكون خلاقين وأن نتقدم بكفاءة وإن أي اضطراب للنفس سيؤدي إلى تعاسة الفرد، وهذا سيؤثر على عمله وعلى توافقه الشخصي وجودة الحياة.

إذن ما هو الأسلوب الأمثل الذي يجعل الإنسان متوافق شخصياً واجتماعياً وينعكس ذلك على أدائه وعلى علاقاته الاجتماعية وعلى التفاعل البناء مع الآخرين؟.

الشخص السوي المتوافق يصدر عنه سلوك أداتي فعال، سلوك موجه نحو حل المشاكل والضغوط عن طريق المواجهة المباشرة لمصدر هذه المشاكل أو الضغوط، فهو يحاول الإقلال من الضغوط التي تزيد وتتحول إلى عوائق انفعالية، وهو يتخذ أساليب إيجابية ليقوي بها وسائل التغلب على التوترات والمخاوف، وهو يحاول أن

يصل إلى الأهداف على الرغم من التوترات حين تكون للأهداف قيمتها وأهميتها، ويستخدم طاقاته من غير تبديد لجهوده، وهو من الواقعية بدرجة تمكنه من أن يتبين المحاولات غير الفعالة والعقبات التي لا يمكن تخطيها والأهداف التي لا يمكن بلوغها، وهو في هذه الأحوال يتقبل الإحباط وضياع الأهداف ويعيد توجيه طاقاته ويبدو الأمر وكأن موارد الطاقة أكثر وأكبر بسبب انه لا يتبدد منها إلا القليل في مسارب القلق والهم الذي لا يتوقف والفراغ الانفعالي.

والشخص السوي نجد لديه الأفكار والمشاعر والتصرفات التي تكون ملائمة فادراكاته تعكس الواقع، وأحكامه هي استنتاجات مستخلصة من معلومات مناسبة ويخبر الخوف أو الهم أو الغضب أو الحزن، ولكن هذه المشاعر تكون مرتبطة ارتباطاً ملائماً بالظروف التي يواجهها، ثم إنها تتناقص أو تزول حين تتغير الظروف، وهو يسيطر على التعبير الخارجي عنها ويمنع نفسه من أن تستبد به هذه المشاعر إن كانت السيطرة مطلوبة من أجل الأداء الفعال وقادر على التكيف والتعديل، وهو حين يواجه الصراع والإحباط يلتمس الوسائل لحل المشكلات بدلاً من أن يجمد على وسائله القديمة.

والتكيف هو أن ينحني المرء كما ينحني ساق النبات في مهب العاصفة وان يطفو فوق الموجة العاتية التي تهدده وان يلتمس النفق يمر به من خلال الجبل بدلاً من اعتلاء قمته، وإن أكثر حياة الإنسان تقوم على التفاعل الاجتماعي بينه وبين الآخرين، ويشارك في ذلك إلى أكبر حد ويتصل بالآخرين في غير اتكالية مفرطة عليهم أو نفور أو انسحاب مفرط منهم، وهو من التحرر بدرجة كافية بحيث لا يكون عبداً لما يقوله الآخرون أو يفعلونه، ومع ذلك من الحساسية والمشاركة الوجدانية لدرجة تجعله يستجيب لمطالبهم وحاجاتهم، وهو يتقبل الآخرين بوصفهم ذوات مستقلة، وأخيراً تراه قادراً على أن يتمتع بصحبة الآخرين.

وقد قدم عدد من الباحثين أوصافاً للشخص الذي يتمتع بالصحة العقلية والنفسية وقالوا (إن الشخص سليم العقل تكون له القدرة على أن يواجه المشكلات ويتناولها وأن يختار ويتخذ القرارات، وأن يقوم بالمهام من غير أن يتجنبها أو يزيحها عن كاهله إلى كواهل الآخرين، وان يمضي من غير اعتماد لا مبرر له على الآخرين، وان يحيا حياة

فعالة مُرضية مع الآخرين من غير مضاعفات معقدة، وان يسهم بنصيبه في الحياة وان يستمتع بحياته وان يتوجه بالحب نحو الآخرين ويتلقى منهم الحب).

وتستخدم لتحديد درجة توافق الفرد أساليب وأدوات تنوعت ما بين الاستبيان الذاتي وذلك عن طريق تقديم التقارير الذاتية، وبين الملاحظة التي يقوم بها الأخصائي النفسي (سواء منها المباشر أو غير المباشر)، الذي أصبح لديه أدوات متطورة تساعده سواء في عملية التشخيص أو في تحليل قدراته، استعداداته، ميوله، اهتماماته، سماته، درجة اضطرابه، ملاحظة سلوكه في المواقف الفردية والجماعية، الوقوف على ماضيه وحاضره سواء من الناحية الصحية أو علاقاته الاجتماعية.

من أدوات وأساليب التشخيص والحكم على الشخصية الملاحظة، المقابلة، التداعي الحر، تفسير الأحلام، زلات اللسان، دراسة الحالة، السيرة الذاتية، الاختبارات، المقاييس النفسية [١].

ورغم أن قياس اضطراب الشخصية يرجع في جذوره التاريخية إلى القرن التاسع عشر الميلادي في أعمال كل من فونت (Wundt) ويونج (Jung) وفي الطرق الإسقاطية لدى فرويد إلا أن الاهتمام بالمقاييس النفسية وخاصة قياس سمات الشخصية يعود في أصوله إلى التحليل العاملي وإلى منظري تحليل العوامل [٢] حيث كان لظهور الإحصاء والتحليل العاملي أثر كبير في ظهور عملية القياس النفسي وتحويل الخصائص النفسية والاضطرابات والأمراض النفسية إلى أرقام، ومن هنا فإن الفحوصات والاختبارات النفسية تعد من العوامل المساعدة في الانتقاء والتصنيف والتشخيص والمعالجة والمتابعة والبحوث وهي تقوم على قياس الظواهر النفسية وتقديرها كمياً [٣].

---

(1) سفيان، ٢٠٠٠: ١٤٨

(2) عبد الرحمن، ١٩٩٨ : ١١

(3) الكبيسي والصالحي: ١٩٩٩

التوافق المهني انعكاس للتوافق النفسي:

معظمنا أدرك قيمة الصحة وأهميتها في حياته وخبر المرض وعرفه، إنها معيار يرى من خلاله الأشياء وكذلك هو الحال بالنسبة للتوافق، أياً كان نوعه أو شكله أو حجمه، ويرى د. أحمد فائق أن التوافق هو حالة وقتية تتزن فيها قوى المجال بما فيه للشخص ذاته، فكل مجال إنساني يتضمن العديد من القوى المتنافرة المتنازعة، ويتضمن الإنسان الذي سينحو بسلوكه انتحاءً خاصاً حسب نظام هذه القوى حيث ينعكس عليه تأثير هذا الانتحاء، فعندما يوجد إنسان في مجال جديد كالدراسة الجامعية فأن القوى التي تتنازعه في هذا المجال لا تستقر بسرعة ولا توجد أصلاً على استقرار.

وهكذا الحال في العمل والمهن المختلفة وتَمتد هذه إلى إقامة العلاقات وأنواع الصداقات التي يقيمها تبعاً لذلك الطالب أو العامل أو الموظف أو المهندس أو الطبيب في مهنهم، ينتقون الأصدقاء ويرون في نزعاتهم وميولهم إلى أين تتجه حتى تقوم الصداقات والعلاقات أو تنفرط فتكون أحد أسباب سوء التوافق في المهنة، لاسيما أن هذه النزعات تحركها دوافع داخلية، والتكيف في العمل أو المدرسة يؤدي إلى التوافق.

فالتوافق المهني إذن هو العملية الدينامية المستمرة التي يقوم بها الفرد لتحقيق التلاؤم بينه وبين البيئة – المادية والاجتماعية – والمحافظة على هذا التلاؤم، ويرى د.عباس عوض أن قدرة الفرد على التكيف لظروف ومطالب العمل، إنما تعني أن يتكيف مع الآلة ولروتين العمل ولزملائه ولمزاج رئيسه وللظروف الفيزيقية التي تحيط به، وأن يدرك أن رغبته الصادقة في العمل وقدرته على أداءه أداءً سوياً ليست في ذاتها ضماناً لقبوله من زملائه أو ترقيته أو تقدمه في العمل.

إننا خلال مسيرة حياتنا الطويلة نجابه متطلبات الواقع بعدة أساليب، وكل تلك الأساليب تدعو إلى إعادة توازننا الذاتي – الداخلي لينعكس على الخارج، هذا الخارج الذي ظل دائماً انعكاساً لما يدور داخل أنفسنا، والتوافق في المهنة والعمل الوظيفي، وهو مظهر من عدة مظاهر، وأول مظاهره الرضا عن العمل، هذا الرضا يحوي عدة مؤثرات تحدث التوازن النفسي الذي يبعثه العمل ومنه:

- أن يكون العمل شيقاً يبعث على السرور.
- أن تكون أدوات العمل موجودة ومشجعة.
- الحضور للعمل يؤدي إلى تراكم الخبرة.
- يؤدي الموظف أو العامل عمله بكل ارتياح.
- الراتب (الأجر) يساوي الجهد المبذول.
- التعاون والتوافق مع الزملاء في العمل.
- الشعور بتنمية القدرات أثناء العمل.
- الشعور بالأمن النفسي داخل العمل وبدون تهديد.
- بإمكان الفرد أن يرى نتائج عمله مع التعزيز والتدعيم.
- يعمل مع حجم القدرة المتاحة وبالمسؤوليات الممكنة.
- يفكر بالأعمال الجيدة ولديه الفرصة في ذلك.
- لديه الحرية في تقرير الطريقة التي يمارس فيها عمله.
- الصداقات في العمل تبعث على التشجيع.
- الظروف الفيزيقية في العمل مريحة.
- ينسى العامل الموظف مشكلاته أو ارتباطاته خارج العمل أثناء دخوله إلى موقع العمل.
- لا توجد متطلبات متناقضة ومتصارعة أو تيارات متضاربة في العمل على شكل تكتلات.
- يكاد العمل أن يكون إحدى طرق العلاج النفسي أو الترويحي.
- تلك العوامل التي تبعث على الرضا عن العمل وقبوله ومن ثم التوافق المهني، فالتوافق المهني يسير جنباً إلى جنب مع التوافق النفسي رغم أن للسن تأثير وللتعليم تأثير وللتدريب تأثير وللخبرة تأثير، وكلها تؤثر على التوافق العام والرضا العام، لذلك فإن التوافق المهني والرضا عن العمل يرتبط بالرضا الكلي عن الحياة.

فالكثير من الناس القانعين والراضين تماماً عن مسيرة حياتهم وما أصابهم من ويلات ربما آمنوا بأنه قدرهم في الحياة، فتراهم كانوا يشغلون مناصب إدارية منخفضة نسبياً وأن الأجور التي يتعاطونها ربما تتأرجح في أحيان كثيرة بين الكفاية أو النقص، ولكنهم أناس سعداء ويمتلكون القدرة على التقويم أو النقد النفسي أو الرضا، فنادراً ما يتذمرون من سخط الحياة وقسوتها وما واجهوه، فهم يتأملون في القادم بأنه أفضل مما مضى، ويتقبلون مصيرهم ويركزون دائماً على النواحي الإيجابية منها، هؤلاء الأفراد الهادئون ذوو الميول الساكنة لم يكونوا نافرين من الآخرين ولا الباحثين عن اللذة الزائدة عند اللزوم، بل من أكثر الراضين عن الحياة ومتوافقين مع أنفسهم رغم أن الملل ينتابهم في أحيان كثيرة في العمل بسبب بعض المشاكل الأسرية أو متطلبات الحياة العديدة التي تؤثر على التوافق المهني خاصة، فالملل متغير مؤثر دائماً بسبب الحالة النفسية أو بسبب الأعمال الروتينية المتكررة يومياً.

أما سوء التوافق المهني فهي عوامل شخصية ترجع إلى العامل أو الموظف نفسه، وربما تعود أسبابها إلى نقص في كفاءته أو عدم استعداده إلى هذا العمل أو قلة تأهيله المهني أو تدريبه أو لعدم تناسب قدراته مع نوع عمله، أو هناك خلل نفسي أو اعتلال في صحته النفسية، وتبدو المظاهر عديدة في التكيف السيئ منها:

- اضطراب علاقاته مع زملاء العمل.
- قلة إنتاجه.
- كثرة حوادث العمل.
- كثرة خلافاته مع زملاء المهنة، حتى يبدأ التذمر واضحاً في سلوكه.

وكل ذلك يؤدي إلى:

- اللامبالاة.
- التكاسل في العمل.
- الشكوى والتمارض.
- عدم الالتزام بالتعليمات التي تصدر عن العمل.

مقاييس التوافق النفسي ومقاييس الشخصية:

لقد ظهرت العديد من المقاييس النفسية التي حاولت قياس التوافق النفسي والاجتماعي والشخصية بصورة عامة محدثة نقلة في علم النفس والصحة النفسية، أجنبية وعربية ويمكن أن نستعرض بعضاً منها:

١- قائمة بيل للتوافق (١٩٣٠): التي تضمنت أربعة أبعاد هي:

- التوافق المنزلي.
- التوافق الصحي.
- التوافق الانفعالي.
- التوافق الاجتماعي(١).

٢- اختبار روبرت ج، بروفويتر للشخصية (١٩٣٢): ويستخدم كأداة للكشف عن درجة توافق الفرد وتضمن ستة مقاييس فرعية هي:

- مقياس الميل العصابي.
- مقياس الانطواء.
- مقياس الانبساط.
- مقياس السيطرة والخضوع والثقة بالنفس.
- مقياس المشاركة الاجتماعية.
- مقياس الاكتفاء الذاتي(٢).

٣- مقياس وشيرن (١٩٣٥) (Washlorne) للتوافق الاجتماعي: ويتضمن خمسة مجالات هي:

- الموضوعية.
- المشاركة الوجدانية.
- الاتزان.

---

(1) الحياني، (١٩٨٨) ص٥٢-٥٣.

(2) غنيم ن١٩٧٣:٣٨٦-٣٨٩.

- السعادة.
- الغرض.
- الاجتماعية[1].

٤- مقياس كاليفورنيا للتوافق الشخصي والاجتماعي (كلارك 1940 (Clark) وزملاؤه: تضمن بعدين:

أ- البعد الأول: التوافق الشخصي: وتضمن عدد من المجالات هي:

- الاعتماد على النفس.
- الإحساس.
- القيمة الذاتية.
- الشعور بالحرية.
- الامتناع والتحرر من الميل إلى الانفراد.
- الخلو من أعراض الأمراض العصابية.

ب- البعد الثاني: التوافق الاجتماعي - وتضمن عدد من المجالات وهي:

- إتباع المستويات الاجتماعية.
- اكتساب المهارات الاجتماعية.
- التحرر من الميول القيادية للمجتمع.
- العلاقات في الأسرة والمدرسة والبيئة المحلية(٢).

٥- قائمة هستون للتوافق الشخصي (١٠٤٩): وأعد لطلبة الثانوية والجامعة ويقيس التوافق في ستة مجالات هي:

- التفكير التحليلي.
- الاندماج الاجتماعي.
- الاتزان الانفعالي.
- الثقة.

---

(1) السوداني ص٨٤.

(2) الخالدي، (١٩٧٦): ص٧٦-٧٧.

- العلاقات الشخصية.
- الرضا عن البيت[١].

٦- اختبار كاليفورنيا للشخصية لعطية هنا:

أعد للمرحلة الإعدادية وضم الاختبار بعدين هما:

- التوافق الشخصي.
- التوافق الاجتماعي[٢].

٧- اختبار الزيادي للتوافق الدراسي لطلبة الجامعات (١٩٦٤): والذي اعتمد في بعض فقراته على مقياس هنري بورو للتكيف الأكاديمي وتضمن ست أبعاد هي:

- العلاقة بالزملاء والأساتذة وأوجه النشاط الاجتماعي.
- الاتجاه نحو مواد الدراسة وتنظيم الوقت وطريقة الاستذكار[٣].

٨- مقياس الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI) ترجمة إسماعيل ومرسي (١٩٦١): وتضمن سبع مجالات هي:

- العلاقات المنزلية.
- العلاقات الاجتماعية.
- الثبات الانفعالي.
- الشعور بالمسؤولية.
- الواقعية.
- الحالة المزاجية.
- القيادة[٤].

---

(1) عرّبه في العراق إبراهيم يوسف المنصور (١٩٧٤) المنصور، ١٩٧٥: ٧.
(2) الخالدي، (١٩٧٦): ص٧٦
(3) الزيادي، (١٩٦٩) ٣٦١
(4) إسماعيل. ومرسي (١٩٦١): ص٣-١٣.

٩- مقياس بيك (١٩٦١) للاكتئاب: وقد عربه الشناوي ويتكون من (٢١) فقرة تقيس الاكتئاب.

١٠- مقياس رمزي (١٩٧٤) للتكيف الاجتماعي المدرسي: أعد لطلاب المرحلة الثانوية في بغداد، وتضمن أربعة مجالات هي:

- العلاقة بالزملاء والمدرسين.
- الموقف من النشاطات المدرسية الاجتماعية.
- الموقف من المدرسة وإدارتها[١].

١١- مقياس عبد الله (١٩٧٨) للتكيف الاجتماعي المدرسي: أعد لطلبة المرحلة الإعدادية وتضمن أربعة مجالات هي:

- علاقة الطالب بزملائه وبالمدرسين.
- الموقف من النشاطات المدرسية الاجتماعية.
- الموقف من المدرسة وإدارتها[٢].

١٢- مقياس جاك وبلوك (1978) (Jack& Plolk) للتوافق التصنيفي:

تكون من (٢٦) فقرة نصفها الأول يصف الشخص الأكثر توافقاً بينما كان النصف الآخر يصف الشخص الأقل توافقاً، وتتطلب هذه الفقرات الإشارة إلى الفقرات التي تنطبق على الشخص أكثر من غيرها[٣].

١٣- اختبار حسين للتوافق (١٩٨١): أعد للطلبة في المرحلة الثانوية وتتضمن أربعة مجالات هي:

- التوافق الدراسي.
- التوافق الأسري.

---

(1) رمزي،١٩٧٤: ١١٥-١١٦.

(2) عبد الله، (١٩٧٨): ٢٥-٢٧.

(3) بلوك، (١٩٥٩): ص٦-١٦.

- التوافق الاجتماعي.
- التوافق النفسي(1).

١٤- مقياس راسل (١٩٨١) للشعور بالوحدة: في جامعة كاليفورنيا وعرباه الشناوي وخضر ويتألف من(٢٠) فقرة تقيس الشعور بالوحدة.

١٥- اختبار سري (١٩٨٢) للتوافق النفسي العام: والذي يحتوي على أربعة مجالات هي:

- التوافق الشخصي.
- التوافق الاجتماعي.
- التوافق الأسري.
- التوافق الانفعالي.

١٦- مقياس راسل (١٩٨٤) للعلاقات الاجتماعية: عرباه الشناوي وخضر.

١٧- مقياس حافظ (١٩٨٧) للتوافق الاجتماعي: تألف من (٢٤) فقرة غطت ثلاثة مجالات وهي:

- التوافق الوالدي.
- التوافق الزواجي.
- التوافق المهني(٢).

١٨- مقياس الكبيسي (١٩٨٨) للتكيف الشخصي والاجتماعي: وقد تضمن ستة مجالات على أساس ثلاثة مجالات لبعد التكيف الشخصي وهي:

- تقدير الذات.
- إشباع الحاجات.
- الأمراض العصابية.

---

(1) حسين، (١٩٨١): ص ٣١٤.

(2) حافظ، (١٩٨٧): ص٩٠-٩٥.

وثلاثة مجالات لبعد التكيف الاجتماعي وهي:

- العلاقات الأسرية.
- العلاقات الاجتماعية.
- القيم والمعايير[١].

١٩- اختبار الديب (١٩٨٨) للتوافق الشخصي والاجتماعي: وتضمن المقياس أربعة مجالات هي:

- التوافق النفسي.
- التوافق الأسري.
- التوافق الاجتماعي.
- الانسجام مع المجتمع[٢].

٢٠- مقياس التكريتي (١٩٨٩) للتوافق النفسي لطلبة الجامعة: وتضمن خمسة مجالات هي:

- التوافق الصحي.
- التوافق الجسمي.
- التوافق الانفعالي والأسري.
- التوافق الاجتماعي.
- التوافق الدراسي[٣].

٢١- مقياس السوداني (١٩٩٠) للتوافق الاجتماعي والنفسي: ويتضمن بعدين هما:

أ- البعد الأول: التوافق الاجتماعي: وتضمن ثلاثة مجالات هي:

- التوافق الأسري.
- التوافق المدرسي.
- التوافق مع المجتمع.

---

(1)الكبيسي، (١٩٨٨): ص ٧٠-٧٢.

(2) السوداني ص٨٤

(3) التكريتي،(١٩٨٩): ص ٨٨-٩٠

ب- البعد الثاني: التوافق النفسي وتضمن ثلاثة مجالات هي:

- التوافق الجسمي.
- التوافق الصحي.
- التوافق مع الذات والتوافق الانفعالي[1].

٢٢- مقياس الكبيسي(١٩٩٠) للتوافق النفسي لطلبة الجامعة: وتضمن ثلاثة مجالات هي:

- التوافق الانفعالي.
- التوافق الجسمي.
- التوافق مع الذات[٢].

٢٣- مقياس جيبريل (١٩٩٦) للتكيف النفسي العام: ويتضمن أربعة أبعاد هي:

- البعد الشخصي.
- البعد الانفعالي.
- البعد الأسري.
- البعد الاجتماعي.

٢٤- مقياس الخامري (١٩٩٦) للتوافق النفسي: ويتضمن خمسة مجالات وهي:

- التوافق الانفعالي.
- التوافق الجسمي.
- التوافق مع الذات.
- التوافق مع القيم الخلقية والقيم الروحية.
- التوافق مع الآخرين.

لقد تعددت المقاييس النفسية بتعدد الأطر النظرية لواضعيها، ويمكن تصنيف هذه المقاييس بصفة عامة إلى فئتين:

---

(1) السوداني، (١٩٩٠): ص١٣٥-١٣٦

(2) الكبيسي، (١٩٩٢): ص١٢-١٨

١- المقاييس التي تطبق من قبل المفحوصين أنفسهم: ويطلق عليها مقاييس التقدير الذاتي (Selfreporting).

٢- المقاييس التي يقوم بتطبيقها شخص متمرس [١].

وتعد مقاييس التقدير الذاتي من أهم الأدوات المستخدمة للقياس النفسي في الطب النفسي وعلم النفس تتميز بتوفير وقت المتخصص والنفقات ولا تحتاج إلى شخص مدرب، ومن الممكن أن تعطى في ظروف مقننة، وأن الدرجات وتفسيرها أكثر موضوعية وبالتالي تصبح المقارنة بين عينات مختلفة من الأشخاص ممكنة.

كما يتميز بحساسية أكثر من القياس بواسطة المتخصص المبني على المقابلة الإكلينيكية، لكن يعيبها أن عدداً من المرضى لا يرغبون في إكمالها وعرضة لتفاوت مستوى التعليم، والمستوى الاجتماعي والخلفية الثقافية، فهي تعتمد على ما ينتقيه الأفراد ليقولوه عن أنفسهم وكيف يفسرون الغرض من السؤال وكيف يتصرفون فيه، وهي أن كانت تعطي معلومات أقل شمولية من التقويم بواسطة المقابلات، إلا أن كليهما عرضة للخطأ والأمثل استخدامهما معاً.

نظم المعلوماتية والعلوم النفسية:

بدأ علم النفس بصورة عامة والصحة النفسية والعلاج النفسي ولوج عالم المعلوماتية، ففي مجال العلاج النفسي برمجت العديد من المقاييس النفسية وشاع استخدامها في تطبيق الاختبارات النفسية منذ بدايات عام ١٩٥٩م منذ أول برنامج وضع اختبار MMPI على الحاسوب أعد من قبل عيادة مايو[٢]، وبرنامج (اليزا) النفسي الذي قام بتصميمه في السبعينيات (وايتز بناوم) الأستاذ في معهد ساشوستس للتكنولوجي، وهو برنامج بدائي بالمقارنة بالبرامج الحديثة ولكنه يتميز بتقديم الراحة لمستخدميه من طلبة الدراسات العليا.

---

(1) عويضة، ١٩٩٥.

(2) الكبيسي والصالحي، ١٩٩٩

وتطورت البرامج الحاسوبية للمقاييس النفسية في السنوات العشر الأخيرة في أوروبا وأمريكا مع تسارع معدلات تطورها في السنوات الخمسة الأخيرة، وذلك بظهور نسخ آلية (Automatic) يتم القياس وتفسير الدرجات بواسطة الحاسوب مثل مقياس بك للاكتئاب (Peck & Dean 1988) ومقياس هاملتون للاكتئاب (Kobak et al 1990) ومقياس بال – براون للوسواس القهري (Rosenfeld et 1992)[١].

أما بالنسبة للبرمجة العربية فقد استخدمت تقنية الحاسوب في دراسات علمية حديثة حيث صممت في العراق برامج لاختبارات بك للاكتئاب، وكراون كرسب للتوترات العصابية، وماركس للمخاوف المرضية، ومقياس التوافق الاجتماعي[٢]، إضافة إلى مقياس بيك للاكتئاب[٣] ومقياس مينسيسوتا – المستنصرية [٤] .

وتتميز النسخ المصممة بالحاسوب بأنها توفر وقت المعالجين وأكثر حساسية من المقاييس المستخدمة للورقة والقلم، كما أنها تقدم ظروفاً أكثر معيارية عند التطبيق[٥]، وتقلل إذا لم نقل تحد نهائياً من أخطاء تفريغ البيانات وتفسيرها، كما تقلل تأثير الفاحص وتحيزه عند تفريغ البيانات وتسجيل الدرجات وحتى تفسيرها، كذلك قابلية الأنظمة الخاصة بهذه الاختبارات المبرمجة على الحاسوب للتعامل مع معلومات أكثر مقارنة وهذا أمر صعب يواجهه الباحث والمعالج، ولهذا فمن خلال البرنامج يمكنه التعامل بيسر مع كم هائل من البيانات.

---

(1) عويضة، ١٩٩٥

(2) الكبيسي وعبد الغني، ١٩٩٣، ص ٧٣-٨٦

(3) عويضة ١٩٩٥

(4) للكبيسي والصالحي ١٩٩١

(5) عويضة، ١٩٩٥

ويؤكد على ذلك الأستاذ (جود مان جامعة ميامي) الذي يرى أن البرامج يمكنها أن تعمل تشخيص مقارن بالإضافة إلى التشخيص المعتاد لأن هناك أمراضاً مختلفة لها نفس مجموعة الأعراض وأن الإنسان لا يمكنه أن يتذكر دائماً هذا المدى الكامل من الاحتمالات [١].

ويتضمن برنامج مقياس التوافق بعدين رئيسيين هما التوافق النفسي والتوافق الاجتماعي، ويتضمن كل بعد عدداً من المجالات:

بعد التوافق النفسي: يتعلق بتقبل الفرد لذاته وفهمها فهماً واقعياً وشعوره بالثقة وتحمله المسؤولية، واستمتاعه بحياة تخلو من الصراع والتوترات والأمراض النفسية، ويشتمل هذا البعد مجالين:

المجال الأول: التوافق الشخصي (مع الذات): يتمثل في إشباع الفرد لحاجاته النفسية، وفهمه لذاته فهماً واقعياً، وتقبله لذاته واحترامها، وثقته بنفسه، وتحمله المسؤولية، وقدرته على اتخاذ القرار، وحل مشكلاته، وتحقيق أهدافه.

المجال الثاني: التوافق الانفعالي: يعرف بقدرة السيطرة على الانفعالات واستمتاعه بحياة خالية من التوترات والصراعات والأمراض النفسية مثل (القلق والاكتئاب، والأمراض النفس جسمية).

بعد التوافق الاجتماعي: يتمثل في استمتاع الفرد بعلاقات اجتماعية حميمة ومتكافئة، ومشاركته بالأنشطة الاجتماعية، وتقبله لثقافة مجتمعه، ويشمل المجالات الآتية:

المجال الأول:

العلاقات الاجتماعية: يتمثل في استمتاع الفرد بعلاقات اجتماعية حميمة تتصف بالاحترام والتقدير والعطاء المتبادل والتي تشبع حاجاته الاجتماعية.

المجال الثاني:

المشاركة الاجتماعية: يتمثل في مشاركة الفرد في الأنشطة الاجتماعية وتواجده في أماكن التجمعات الاجتماعية كالنوادي والحفلات وغير ذلك.

---

(١) أبو السعود ، ٢٠٠٠.

المجال الثالث:

الانسجام مع ثقافة المجتمع: يتمثل في تقبل الفرد لعادات وتقاليد وقيم وأفكار وقوانين وأنظمة مجتمعه.

أما من حيث التكلفة فإن المقاييس المبرمجة تعد متدنية الكلفة مقارنة بمقاييس الورقة والقلم من ذلك أن الحقيبة الكاملة للاختبار التقليدي (الورقة-القلم) باللغة الإنكليزية مع كافة أدواته تكلف بحدود ٣٣٥٣٦ دولار لفحص ١٠٠٠ شخص، مع إضافة ٣٠ دولار لكل استمارة إجابة وتقرير تفسيرها، في حين أن الحقيبة الكاملة للاختبار المبرمج مع كافة أدواتها وإبرازه لمدة سنة باستخدام هذا البرنامج حوالي ١٥٠٠٠ دولار (عدا سعر تكلفة جهاز الحاسوب وملحقاته)[1].

كيف ينشأ سوء التوافق:

ينشأ سوء التوافق عندما يكون هناك عقبات في وجه الفرد لا يوافق عليها المنطق، أو المجتمع، أو العادات، أو القيم، أي عندما تتعارض حاجات الفرد ورغباته مع الواقع ومع حاجات ورغبات الآخرين، مما يؤدي إلى حدوث صراع نفسي، وإحباطات، وأمراض نفسية (مثل الاكتئاب والانطواء، والكذب والعناء والانحرافات السلوكية وغير ذلك)، تنعكس كلها بشكل سلبي على حياة الإنسان، وأسرته، وعمله ودراسته ومستقبله.

أنواع التوافق وآثاره:

يعتبر علماء النفس والطب النفسي إن التوافق النفسي والأسري هو مؤشر على العلاقة المُرْضية بين الفرد وأسرته ومحيطه، والتوافق سواء أكان نفسياً أم أسرياً، أم صحياً، أم اجتماعياً يتضمن:

- الإحساس بالسعادة والرضا عن الذات.

---

(1) الكبيسي والصالحي، ١٩٩٩

- الإحساس بالأمن والطمأنينة (مقابل الإحساس بالقهر والخوف والظلم والقلق).
- الإحساس بالسعادة مع الآخرين.
- الإحساس بضرورة القيام بالواجبات، والالتزام بالأخلاقيات، وباحترام الآخرين، والتعاون.
- الإحساس بتقبل النقد والقدرة على التعبير عن الأفكار والمشاعر دون خوف أو حرج أو قلق.

والدراسات النفسية تلخص لنا أهم أبعاد التوافق النفسي، الانفعالي، والتوافق الأسري، الاجتماعي بما يلي:

أبعاد التوافق النفسي- الأسري:

التوافق النفسي- الانفعالي:

- الرضى عن الذات، وتقبل الفرد لذاته.
- الإحساس بمحبة الآخرين واحترامهم.
- القدرة على التعبير عن الأفكار والمشاعر.
- الانسجام في الآراء والطباع.
- الإحساس بالطمأنينة والثقة بالنفس.
- الإحساس بالواجبات وعدم الأنانية.
- عدم الخوف والقلق والتوتر.
- الخلو من الصراعات النفسية.
- عدم الإحساس بالذنب.
- عدم الإحساس بالنقص وبالدونية.
- الخلو من مشاعر الغيرة والحسد.
- الخلو من الاكتئاب أو الانطواء.
- الانسجام العاطفي مع الطرف الآخر.
- الاعتراف بالخطأ عند حدوثه، للطرف الآخر.
- القدرة على ضبط النفس.

التوافق الأسري- الاجتماعي:

- العلاقة الحسنة مع الآخرين.
- الاعتراف بحاجات الآخرين.
- توفير التعاون والتكامل في إشباع الحاجات والرغبات.
- التسامح والمحبة للآخرين.
- تبادل الآراء والأفكار والعواطف.
- التحرر من الوحدة.
- الإحساس بالانتماء إلى الأسرة أو إلى المجتمع.
- الإحساس بضرورة إخضاع بعض الرغبات لحاجات الآخرين.
- احترام وتقدير أفكار ومشاعر الآخرين.
- عدم التسلط، أو العناد، أو القسوة على الآخرين.
- التحرر من الميول المضادة للآخرين.
- الالتزام بالأخلاقيات وبالقيم الدينية.

يلاحظ أن أبعاد التوافق هذه هي أساس بناء العلاقات الأسرية الصحيحة.

التوافق النفسي والرضا عن أهداف الحياة:

لو تأملنا من أين يبدأ عمر الإنسان، وبالتحديد من أي فترة عمرية في حياته، ومن أي فترة نعدها نقطة البداية والانطلاق، هل البداية تكون من الوعي الجنسي والبلوغ أم من فترة الرشد أم من بداية الدخول إلى معترك الحياة العملية أم من بداية الزواج والإنجاب.

إنها تساؤلات من الصعوبة تحديدها أو إيجاد نقطة دالة يمكن الولوج من عندها لاسيما أن التكوين البشري يبدأ من الأشهر الأولى في رحم الأم ومن ثم الميلاد، وبه من الأزمات والصدمات خلال مراحل الطفولة الأولى ما لا يمكن حصره أو عده.

إنها السنوات الأولى في تشكيل الشخصية التي تبدو واضحة المعالم في الكبر وبها تتحدد شخصيته وتحدد سلوكه واتجاهاته وشكل طرائق تفكيره وتعامله، فالإنسان

إذن مسلح منذ البداية بالخبرات المكتسبة خلال تلك المراحل من الطفولة الأولى ويبدأ جني ثمار هذه الخبرات في المراحل اللاحقة من العمر.

أما التوافق الذي نبحث عنه فأنه يكون تعديل الكائن البشري لسلوكه بحيث يتلائم مع الظروف الخارجية، ويشمل التوافق نواحي عدة منها النواحي البيولوجية والفيزيقية والسيكولوجية، فالكائن الإنساني ينمو من خلال تفاعل القوى الوراثية والقوى البيئية فضلاً عن تكوينات المنظومة النفسية.

وهنا لابد من الإشارة في اختلاف الأهمية النسبية لكل منهما في الشخص الواحد، وفي الموقف الواحد رغم أن هناك اختلاف من شخص لآخر في رؤيته لأي قضية أو موضوع، فلدى كل فرد إمكانات وراثية معينة، تعتمد تحقيق هذه الإمكانات على البيئة التي تنمو فيها والوضع النفسي وتكونه.

وإزاء ذلك يمكن القول إن عملية التوافق هي سلسلة من الخطوات تبدأ عندما يشعر الفرد بحاجة ما وتنتهي عندما تشبع هذه الحاجة وبين بدايتها ونهايتها يقوم الفرد بمحاولات مختلفة يجاهد فيها لتخطي الصعوبات وحل الأزمات ومواجهة العوائق التي تحول دون إشباع هذه الحاجات وإعادة التوافق أو إن صح القول مواجهات الاحباطات لإعادة التوافق إن استطاع، وإن لم يستطع يحدث ما يسمى بالتوافق الانهزامي، وهي الحالات التي سميت في سيكولوجية التعامل مع الضغوط النفسية بأنها أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة لاستعادة التوافق مثل اللجوء إلى الخيال أو التمني أو التأمل أو النكوص والارتداد إلى مراحل أكثر سعادة ومتعة متجنباً حينئذ الواقع المؤلم الذي يعيشه.

أما التوافق المرضي الذي يعيشه الفرد يعد بحد ذاته مرضاً وهو الانهزام نحو المرض النفسي وقبوله كحل، وهو شر لابد منه كما يعتقد البعض ممن فقدوا الحيلة في المواجهة الحياتية فينكفأ نحو ذاته ويعيش الوضع الذي يحلو له، ويقبله، وكثيراً ما اتهم الطب النفسي بأنه يخلق المبرر لمن يريد الهرب من مواجهة معركة الحياة تحت جنح العلاج النفسي والركون تحت مظلة التبريرات للنفس.

ونحن نستطيع أن نرى كيف يتحايل الإنسان لكي يحقق التوافق المعاكس مع ذاته أولا وهو قناع يضعه لكي يهرب من المواجهة الحياتية التي تكون قاسية في بعض

الأحيان، إذا ما عرفنا تمام المعرفة إن التوافق في مستوياته الثلاثة البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية (البيئية)، هدف صعب المنال ولا يحققها الإنسان الحي في أعلى مستوياتها خلال حياته وإنما الشخص الميت هو الفرد الوحيد المتوافق توافقاً كاملاً، ذلك أن الحاجات البيولوجية والاجتماعية إنما هي دائمة التغيير كما عبر عنها ذلك ميكني Mekinny.

إن التوافق هو خفض التوتر ليس إلا ولا يوجد على الإطلاق انعدام التوافق بل زيادة التوتر، وعليه نقول إن نجاحنا مع أنفسنا يتم من خلال التوسط الذي يحدث بين الداخل (في أنفسنا) والخارج (البيئة الاجتماعية والمحيط الخارجي)، الداخل بكل محتواه ومتطلباته وصراعاته وطموحاته لكي يرضي الفرد ذاته، وبين الواقع (الخارج) الذي يحوي البيئة الاجتماعية والمحيط.

فالتوافق السوي كما يقول (سميث Smith) إنما هو اعتدال في الإشباع، إشباع عام للشخص عامة، لا إشباع لدافع واحد شديد على حساب دوافع أخرى، والشخص المتوافق توافقاً ضعيفاً هو الشخص غير الواقعي وغير المشبع بل والشخص المحبط الذي يميل إلى التضحية باهتمامات الآخرين، كما يميل إلى التضحية باهتماماته.

إن الشخص حسن التوافق هو الذي يستطيع أن يقابل العقبات والصراعات بطريقة بناءة تحقق له إشباع حاجاته ولا تعوق قدرته على الإنتاج أي أن "سميث" يرى أن توافق الفرد يعني توفر قدراً من الرضا Satisfacation القائم على أساس واقعي.

فالتوافق هو التعايش مع الحاضر وفهمه والتعامل معه في أعلى درجات التسوية النفسية المتناغمة في الذات مع الخارج (البيئة)، هذا الحاضر النابع من الماضي بكل ما حمل من تكوينات فرضية في الطفولة، تحققت في المراحل اللاحقة من العمر منها المراهقة والبلوغ ثم الرشد حتى استقامت وتبلورت في شخصية سوية انعكس أداؤها في الرضا عن أهداف الحياة وما جلبته من أقدار، ومنها:

- الرضا عن الحياة الزوجية.

- الرضا عن العمل.
- الرضا الذاتي النفسي الداخلي.
- الرضا عن المظاهر المختلفة في الحياة بأجمعها.

وإذا لم يتحقق هذا الرضا وجدنا نتائجه واضحة في كثرة الشكوى والتألم التي تعتري الإنسان وأهمها أمراض وشكوى متعددة منها قرحة المعدة، ارتفاع ضغط الدم، مرض السكري المزمن، وأنواع أخرى من الأمراض ذات المنشأ النفسي والأعراض الجسمية، وهي ما نطلق عليها علمياً بالأمراض السيكوسوماتية – النفسجسمية.

ويعاني الكثير من الناس من حالات الملل والاغتراب بسبب عدم تمكنهم من تحقيق أهداف حياتهم التي رسموها، ولم تتحقق أو أعيق تحقيقها لأسباب، فيحدث حينها ما يسمى علمياً بالاحتراق النفسي Burn out عند البعض من الناس، ويحدث هذا الاحتراق النفسي حين يمارس الفرد مهنة تتعارض مع قدراته وإمكاناته أو قد تكون المهنة فرضت عليه ولا يستطيع الخلاص منها.

ويرى علماء النفس أن الرضا عن العمل مرتبط بالرضا الكلي عن الحياة، لذا نرى الكثير من الناس يفتقدون للسعادة والمتعة في حياتهم المعاشة بسبب هذه الأزمات والإعاقات في تحقيق الطموحات المرسومة، مما تؤدي إلى اختلال الاتزان والتوافق النفسي الذاتي، وينعكس ذلك في سلوكهم مع أسرهم بشكل مباشر، وينسى هؤلاء الناس إن الإنسان السوي هو الإنسان الذي يتعلم إرجاء الإشباع العاجل في سبيل ما سيحققه من إشباع آجل، أي انه الذي يتمتع بالنضج الانفعالي.

وعليه فأن الفرد الذي لم يستطع تحقيق طموحاته بسبب الإعاقات التي واجهته واستقر به المآل لأن يعيش في الواقع مع الناس الآخرين، لا يعني انه رسم وخطط وفشل في التنفيذ بل انه كافح وجاهد ووصل إلى هذا المستوى الذي يعيش فيه، فليس كل الذين حققوا طموحاتهم هم سعداء، ويواجهون الكثير من خيبات الأمل والصراعات والإحباط والأنواع المختلفة من الضغوط اليومية، ولكن عدداً قليلاً نسبياً منهم هم الذين يواجهون الظروف القاسية، واختيار البعض الطرق المختلفة في مسالك الحياة الصعبة لا يعني انه اختيار موفق على مدى الحياة، فالتوافق، مع أنه صراع ولكنه ينتهي بعد

تحقيق الهدف والوصول إلى النتيجة المبتغاة، وعدا ذلك لا يعني الفشل بقدر ما هو التوافق غير المكتمل.

عوامل التوافق الناجح:

تبدأ عوامل التوافق الناجح بتقبل المجتمع للمسنين، إذ لا شك أن أكثر ما يؤثر سلبياً على توافق المسنين ويسهم في عدم تكيفهم هي تلك الصورة النمطية السلبية الشائعة عنهم لدى بعض أفراد المجتمع حيث يوصفون بأنهم غير أكفاء ومعتمدون أو غير منتجين، مما يؤدي إلى إضعاف ثقة المسن في نفسه، ويؤثر في قدرته على التكيف ويزيد من عزلته.

وتغيير مثل هذه الاتجاهات مسألة تتطلب تضافر كافة الجهود للتوعية بأهمية المسن ودوره ومكانته في الحياة كما أن غرس قيم احترام الكبار وتبجيلهم وإكرامهم والتعريف بخصائصهم النمائية والإنسانية أمور مهمة ينبغي أن تحظى باهتمام كبير سواء في تربيتنا الأسرية أو مناهجنا المدرسية أو برامجنا الإعلامية, ومن المعروف إن اتجاهات الأفراد في الحياة إنما هي انعكاس لما تعلموه من قيم وتشربوه من مثل ومبادئ في طفولتهم، إن المساندة الاجتماعية وهي أحد أهم المتغيرات النفس اجتماعية التي أثبتت نتائج العديد من الدراسات فعاليتها ليس فقط في الحد من تأثيرات ضغوط الحياة التي قد يواجهها المسن ولكن في القدرة على التعامل مع هذه الضغوط بفاعلية بل والشفاء مما قد يترتب عليها من اضطرابات.

ويقصد بالمساندة الاجتماعية كل ما يتلقاه الفرد من دعم من الآخرين (أقارب، أصدقاء، جهات مجتمعية)، وقد يكون هذا الدعم على شكل:

- مساندة انفعالية (رعاية، ثقة، تجارب، تقدير، احترام).
- مساعدة بالمعلومات (استشارات أو مهارات تعين على مواجهة مشاكل الحياة اليومية).

- مساندة من خلال التدعيم الادائي (المساعدة في العمل أو المساعدة المادية مثلا).

والتأثير الإيجابي للمساعدة الاجتماعية لا يرتبط بكم المساندة الاجتماعية أو عدد الأشخاص الذين يقدمونها وإنما بمدى اقتناع الشخص الذي تقدم له هذه المساعدة بها، أي بمدى إدراكه لعمق علاقاته بالآخرين وكفاية ما يقدمونه له من دعم.

ويمكن تعزيز شبكة العلاقات الاجتماعية للمسن بتأصيل قيم التواصل بين أفراد المجتمع وتشجيع مشاركة المسن في الحياة الاجتماعية من خلال برامج الرحلات والزيارات والأنشطة وإكسابه مهارات التفاعل الاجتماعي وتنمية هواياته، وكذلك دعم الأسرة في تحمل مسؤولياتها نحو رعاية مسنيها والعمل على أن تظل الصلة بين أفراد الأسرة قائمة ومنتظمة ووثيقة.

ويمكن أن يتم تهيئة المسن للتعامل مع متغيرات هذه المرحلة العمرية من خلال ما يلي:

- تضمين مناهج التعليم العام وتعليم الكبار مقررات أو وحدات دراسية تعنى بإيضاح خصائص ومتطلبات النمو في هذه المرحلة من العمر من جميع الأوجه المختلفة.
- تقديم خدمات إرشادية لكل من هم في طريقهم لبلوغ هذه المرحلة لإعدادهم لها وتوعيتهم بالتغييرات التي يمكن أن تحدث لهم ومساعدتهم على تقبلها.
- إعداد برامج ودورات تدريبية وورش عمل متخصصة لرفع كفاءة المسن وإكسابه مهارات التعامل مع المشكلات المصاحبة لتقدم العمر.
- إعداد برامج تثقيفية إعلامية موجهة للمسنين بهدف زيادة ثقافة المسن عن ذاته وتبصيره بكل ما يستجد من أمور في مجال التكيف مع معطيات وتغيرات هذه المرحلة من العمر.

التوافق والاضطرابات السيكوسوماتية:

التوافق والاضطرابات السيكوسوماتية من الموضوعات التي شغلت تفكير عدد كبير من العلماء والباحثين وبالذات علماء النفس والأطباء "الإكلينيكيين"، وذلك بسبب ما يتعرّض له بعض الأفراد من اضطرابات عندما يقعون تحت وطأة سوء التوافق العام، فتتأثّر به وظائف الجسم المختلفة كاضطرابات الجهاز الهضمي وقرحة المعدة والربو الشعبي.

فالتوافق عملية دينامية مستمرة ويعمل الإنسان من أجل إحداثه وبدرجات مختلفة، فينعكس ذلك في أكثر الأحيان على مقدرة الفرد في الاعتماد على نفسه وشعوره بقيمة ذاته وإمكانية انتماءه للآخرين والخلو من الأعراض العصابية، والتحرر من الانطواء والانعزال، وإقامة علاقات جيدة مع الآخرين.

علماً بأن حالات التوافق تنفتح لعدد من المستويات، التي تحدد تبعاً لموقف الشخص من ذاته ومن عالمه، والمستويات تتراوح من مجرّد خفض التوترات فحسب، إلى خفض تلك التوترات في تحقيق للإمكانيات بحيث يمكن لذاتية الفرد أن تصبح موضوعية واقعية وذلك هو التوافق الرفيع.

كما يمكن للفرد أن يضحي بذاتيته تلاؤماً مع المقتضيات الموضوعية للبيئة، وذلك هو التوافق السطحي القائم على المجاراة والمسايرة، وقد يكون التوافق غير تكيّفي يتخذ شكلاً من أشكال الأمراض النفسية.

ولهذا أصبح التوافق مظهراً من مظاهر الصحة النفسية لدى الأفراد، علماً بأن الطب النفسي الحديث يتجه إلى الاعتقاد أن معظم الأمراض الجسدية يلعب فيها العامل النفسي دوراً قوياً سواء في نشأتها أو استمرارها أو إثارتها أو ضعف مقاومة الفرد لمهاجمة الأمراض، وقد يكون التوافق واحداً من تلك العوامل التي تؤثر في الجسد.

ولفهم الإنسان يربط بين جسد الإنسان ونفسه، وبين مجتمعه، لأن فهم النفس لا يتم بمعزل عن الجسد، فهي لا تقوم إلا به، كما أن فهم الإنسان لا يتم في إطار منعزل

عن المجتمع، فالإنسان كل متكامل تعمل أجهزته متعاونة، يعتمد كل منها على الآخر ويصح بصحته ويمرض بمرضه.

الفصل السابع عشر

أسرار الشيخوخة وحتمية الموت

قال تعالى: ﴿ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلاً ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشُدَّكُمْ وَمِنْكُمْ مَنْ يُتَوَفَّى وَمِنْكُمْ مَنْ يُرَدُّ إِلَى أَرْذَلِ الْعُمُرِ لِكَيْلَا يَعْلَمَ مِنْ بَعْدِ عِلْمٍ شَيْئًا﴾(الحج: من الآية٥).

أرذل العمر أو الشيخوخة هي المرحلة الأخيرة من حياة الإنسان الذي قدر له أن يتخطى مرحلة القوة والشدة والنضوج، وقد حدد القرآن تقريباً تلك المرحلة التي يصل فيها الإنسان إلى ذروة قوته وفعاليته، حيث قال تعالى: ﴿ حَتَّى إِذَا بَلَغَ أَشُدَّهُ وَبَلَغَ أَرْبَعِينَ سَنَةً قَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ ﴾ (الأحقاف: من الآية١٥). إن الذين تخطوا سني عمرهم الخمسين أو فوق، يشعرون أن كل شيء فيهم يتغير ويهبط، ويتمرد على ذلك النظام الذي كان يسري في أجسامهم قبل ذلك، وكأنما بصمات السنين قد تركت آثارها على ظاهرهم وباطنهم، فبشرة الجلد الغضة اللينة أصبحت متجعدة ومتهدلة، وتحول سواد الشعر إلى البياض، وبرزت عروق الأطراف، وضعف البصر وزاغ، وانخفضت كفاءة السمع، ونقصت معدلات الاستقلاب العامة.

لقد وجد العلماء أن معدل هذا التدهور يتراوح بين (٠,٥ ، ١,٣)% في كل عام، وكمثال، فإن القلب يقوم في الدقيقة الواحدة بـــ (٧٠ - ٨٠) عملية انقباض واسترخاء، وفي اليوم أكثر من مائة ألف انقباض، وفي العام أكثر من (٣٦) مليون انقباض واسترخاء.

ولنتصور ذلك العبء الذي يقوم به على مر السنين، إن كفاءته ستنخفض حتماً وبالتالي سينخفض معدل ورود الدم إلى الأنسجة الأخرى، ومنها الكلية التي تفرز مادة الرينين لتزيد ضغط الدم في محاولة منها لرفع معدل ورود الدم إليها، وهكذا يدخل الجسم في حلقة مغلقة تؤدي لإصابة الإنسان بارتفاع الضغط عندما يتقدم في السن.

إن هبوط كفاءة أي عضو هو انعكاس لهبوط كفاءة الوحدات التي تكونه، والوحدات الحيوية الوظيفية في أي عضو هي الخلايا، والواقع أن ملخص ما وصل إليه العلماء أن الخلايا لا تستطيع أن تتخلص تماماً من جميع النفايات وجميع بقايا التفاعلات التي تجري بداخلها، فتتجمع تلك النفايات على شكل جزيئات، قد تكون نشيطة أحياناً فتتحد بوحدات الخلية الحيوية كمصانع الخلية (الشبكة السايتوبلازمية).

ويؤدي هذا الاتحاد إلى نقص فعالية هذه الوحدات وبالتالي فعالية الخلية ككل، وتسير هذه العملية ببطء شديد، فلا تظهر آثارها إلا على مدى سنوات طويلة.

وهكذا يدخل الجسم في مرحلة الضعف ببطء بعد أن ترك تلك المرحلة حيث كان طفلاً، ثم دخل في مرحلة القوة والشباب، حتى أن زاوية الفك السفلي تكون منفرجة عند الأطفال، ثم تصبح قائمة أو حادة عند الشباب، ثم تعود لتصبح منفرجة عند الكهولة كما كانت وقت الطفولة.

وصدق الله إذ يقول :﴿اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفاً ﴾(الروم: من الآية٥٤).

وشيء آخر، هو أن خلايا الجسم تكون في حالة تجدد مستمر، عن طريق عمليات الهدم والبناء فتتغلب عمليات البناء أو التعمير في النصف الأول من حياة الإنسان ثم تتوازى عمليات البناء مع عمليات الهدم، وفي النصف الأخير من الحياة تتغلب عمليات الهدم أو التنكس على عمليات التعمير وهذا ما يفسر لنا سرعة التئام الكسور والجروح عند الصغار، وبطئها عند المسنين، وهكذا تتضح لنا روعة هذه الآية القرآنية ﴿ وَمَنْ نُعَمِّرْهُ نُنَكِّسْهُ فِي الْخَلْقِ أَفَلا يَعْقِلُونَ﴾ (يـس:٦٨) .

وهي تبين لنا حقيقة علمية ثابتة، وسنة حيوية تقوم عليها كل عمليات الكائنات الحية على الإطلاق، أما بالنسبة للخلايا العصبية والعضلية فإنها لا تتجدد، وكل خلية تموت يفقدها الجسم ويشغل النسيج الليفي مكانها.

وإذا غصنا مع المجهر الإلكتروني إلى داخل الخلايا الهرمة، فإنه سيرينا ترسبات أطلق عليها بعض العلماء اسم أصباغ الشيخوخة، وهي مواد كيميائية غريبة تتجمع في خلايا المخ والعضلات وتكسبها لوناً خاصاً، وهي عبارة عن بروتينات وأشباه بروتينات ودهون متأكسدة، وتتشابك هذه المواد أحياناً لتشكل شبكة على مر الأيام وكأنها خيوط العنكبوت التي تكبل الخلية وتسير بها إلى النهاية التي لا مفر منها، ألا وهي الموت.

وإذا ما خرجنا من الخلية إلى رحب الحياة الواسع، نجد أن موت الكائنات هو ضرورة لابد منها، لتتالي الأجيال، وإلا فلو تصورنا استمرار الحياة في الكائنات الموجودة حالياً، لانعدمت عناصر الحياة، ولما أتيح للأجيال اللاحقة فرصة الحياة والوجود، وقد أشار القرآن الكريم إلى حتمية الموت في مواضيع عدة منها قوله تعالى: ﴿كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ وَإِنَّمَا تُوَفَّوْنَ أُجُورَكُمْ يَوْمَ الْقِيَامَةِ﴾ (آل عمران: من الآية١٨٥). ويقول مخاطباً الرسول محمد ﷺ في سورة الأنبياء: ﴿ وَمَا جَعَلْنَا لِبَشَرٍ مِنْ قَبْلِكَ الْخُلْدَ أَفَإِنْ مِتَّ فَهُمُ الْخَالِدُونَ كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ وَنَبْلُوكُمْ بِالشَّرِّ وَالْخَيْرِ فِتْنَةً وَإِلَيْنَا تُرْجَعُونَ﴾ (الأنبياء:٣٥ ٣٤) .

ويسخر الله من الذين يبحثون عن مهرب من الموت أو عن منجى منه بالتخلف عن نصرة الله، والفرار يوم الزحف بقوله: ﴿ أَيْنَمَا تَكُونُوا يُدْرِكْكُمُ الْمَوْتُ وَلَوْ كُنْتُمْ فِي بُرُوجٍ مُشَيَّدَةٍ ﴾ (النساء: ٧٨).

وقال تعالى: ﴿الَّذِينَ قَالُوا لِإِخْوَانِهِمْ وَقَعَدُوا لَوْ أَطَاعُونَا مَا قُتِلُوا قُلْ فَادْرَأُوا عَنْ أَنْفُسِكُمُ الْمَوْتَ إِنْ كُنْتُمْ صَادِقِينَ﴾ (آل عمران:١٦٨).

وصدق الله سبحانه وتعالى حين قال: ﴿اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفاً﴾(الروم: من الآية٥٤).

الفصل الثامن عشر

الشيخوخة في البلدان النامية

تم اليوم (إعادة هيكلة) المجتمع البشري من خلال ثلاث عمليات متزامنة، هي: العولمة، والتحضر، وتقدم السكان في السن، وفي هذا الصدد نجد، ومن جديد، أن البلدان النامية قد أضيرت أكثر من غيرها.

إن عملية تقدم السكان في السن بالبلدان النامية سوف تحمل معها تحديات جديدة تختلف عن التحديات التي تواجهها البلدان المتقدمة، وفي داخل البلدان النامية كمجموعة، هناك أيضاً نقاط مشتركة ونقاط اختلاف بين المناطق ومن حيث الظروف، بما في ذلك الأوضاع الاقتصادية، والموروث الثقافي، والهياكل الأسرية، وتأثيرات الصراع المسلح واسع النطاق، والكوارث الطبيعية، وأنماط الهجرة، وجماعات اللاجئين، والأمراض التي تمثل كارثة مثل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، بل وحتى القوانين الوطنية.

وهناك ثلاثة عوامل تسهم في جعل العملية أكثر إلحاحاً، هي نصيب سكان العالم الذين يعيشون في البلدان النامية، واستمرار تفشي الفقر وبشكل دائم في تلك البلدان، والإيقاع السريع الذي تسير عليه عملية التقدم في السن.

ومن المفاجئ إلى حد بعيد أنه في مطلع (الألفية الحضرية)، وما شهده العالم النامي من هجرة كثيفة إلى المدن – الكبيرة منها والصغيرة– فضلاً عن انخفاض معدلات الخصوبة، أن أغلب السكان الأكبر سناً لا يزالوا يقطنون المناطق الريفية.

بيد أن هذا الأمر يمكن تفسيره: فالكثير من شباب البالغين ينزحون من المناطق الحضرية لأسباب اقتصادية، تاركين وراءهم الأشخاص الأكبر سناً، أما المهاجرين الأكبر سناً ممن ينسحبون من القوى العاملة في المناطق الحضرية، فكثيراً ما يعودوا إلى المناطق الريفية، بينما يوجه وباء فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز أقسى ضرباته إلى الشباب البالغين.

وتواجه البلدان النامية تحدياً مزدوجاً: فيتعين عليها من ناحية المضي قدماً في عملية التنمية، مما يشتمل على النهوض بالاقتصاديات، وتوفير التعليم، وحماية حقوق الإنسان، ولابد لها من ناحية أخرى الإعداد لكبر عمر سكانها، والمثير للعجب أنه من المتوقع أن تسير تلك العملية على نحو أسرع بكثير في البلدان النامية عما تسير عليه في العالم الصناعي.

وقد قطع تقدم سن السكان في المناطق الريفية بالفعل شوطاً كبيراً:

- من المزمع أن تتضاعف أعداد كبار السن في المناطق الريفية بإفريقيا، وآسيا، وأمريكا اللاتينية، وذلك بحلول عام ٢٠٢٥.
- وفي إفريقيا، من المتوقع أن ترتفع أعداد كبار السن لتصل إلى ٥٠ مليون، وفي آسيا إلى ٣٣٧ مليون.
- وفي عشرة بلدان، أغلبها من دول إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، تصل نسبة كبار السن في المناطق الريفية إلى ما لا يقل على ضعف نسبتهم في المناطق الحضرية.
- في المناطق الريفية، تفوق أعداد النساء المتقدمات في السن مثيلاتها بالنسبة للمتقدمين في السن من الرجال.
- في ٤٠ بلداً، تكون نسبة كبار السن من النساء في المناطق الريفية أعلى، بل وفي بعض الأحيان تكون هذه النسب أعلى بكثير، عن نسبة كبار السن من الرجال.

وهناك عمليات أخرى للتحول تتم في البلدان النامية يمكنها أن تشكل تهديداً إضافياً (للتقدم في السن على نحو آمن) بالنسبة للمسنين في معظم أنحاء العالم، ولعقود قادمة، فعلاوة على الهجرة والتحضر، فإن التحول من نظام الأسر الممتدة أو العائلات، إلى الأسر الأصغر حجماً والأكثر تنقلاً، إلى جانب غياب القدرة على التمتع بالتكنولوجيا التي من شأنها تعزيز الاستقلالية، كالمعلومات وتكنولوجيا الاتصال، وغيرها من التغيرات الاقتصادية الاجتماعية، يمكنه أن يسهم وبشكل فعال في زيادة تهميش كبار السن وإبعادهم عن الاتجاهات السائدة للتنمية، وحرمانهم من أدوارهم الهامة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية، وإضعاف فرصهم التقليدية في تلقي الدعم.

ارتفاع معدلات الشيخوخة:

- في فرنسا، استغرق الأمر ١١٥ عاماً، وبالتحديد من ١٨٦٥ وحتى ١٩٨٠، حتى تضاعفت تقريباً نسبة كبار السن، لترتفع من ٧ في المائة إلى ١٧ في المائة.
- وفي الصين، يتوقع ألا يستغرق الأمر سوى ٢٧ عاماً، من عام ٢٠٠٠ وحتى عام ٢٠٢٧، حتى تتضاعف نسبة السكان في سن الستين وما فوق، من ١٠ في المائة إلى ٢٠ في المائة.
- أما في البلدان النامية، ككولومبيا وماليزيا وكينيا وتايلاند وغانا، فيتوقع أن تكون نسبة الزيادة في أعداد كبار السن في الفترة ما بين عامي ١٩٩٠ و٢٠٢٥ من سبعة إلى ثمانية أضعاف نسبتها في المملكة المتحدة والسويد.
- ويتوقع أن تشهد البلدان النامية زيادة تتراوح بين ٢٠٠ و٣٠٠ في المائة في نسبة كبار السن بها خلال فترة لا تتجاوز الـ ٣٥ عاماً.
- وبحلول عام ٢٠٢٠، يتوقع أن تعزى ثلاثة أرباع جميع الوفيات في البلدان النامية إلى أسباب تتعلق بكبر السن.

معنى تقدم سن سكان الريف:

سيكون تقدم سن السكان في المناطق الريفية بمثابة قوة محركة تدفع عجلة التغيير إلى الأمام، وسوف يكون لها تداعيات ضخمة تلقى بظلالها على عمليات الإنتاج الزراعي، والأمن الغذائي، والخدمات الصحية، وأسواق العمالة، وسير التنمية في حد ذاتها، وسيكون لها – بدون شك- تأثير على التنظيم الاجتماعي وأنماط الإنتاج.

كما ستشهد الأسر، وهي الوحدة الأساسية لبنيان المجتمعات الريفية، تغيرات ديموغرافية ضخمة ومتلاحقة، مما سيؤدي في كثير من الأحوال إلى تراجع الدعم الذي تقدمه الأسرة لكبار السن، وبسبب السرعة الذي يتوقع أن تتم بها عملية كبر السن في المناطق الريفية، فهناك حاجة ماسة لأن تتخذ البلدان النامية القرارات، وتصوغ السياسات، وتتخذ الخطوات المحددة للاستعداد.

وقد تبدو بعض التغيرات أكثر وضوحاً من غيرها:

- من المرجح جداً أن يتحول المزارعون الأكبر سناً، إن أمكن، إلى زراعة المحاصيل الأقل كثافة من حيث العمالة التي تتطلبها.
- ومن الجائز أن تصبح استراتيجيات كسب الرزق الخاصة بالأسر (من ادخار واستثمار) أكثر تحفظاً وميلاً نحو البقاء على حد الكفاف.
- قد يتعسر على المزارعين كبار السن، ولاسيما الفقراء منهم، التكيف مع التغير التكنولوجي، ويكونون في المعتاد أقل رغبة في تجربة الأساليب الجديدة للإنتاج، مما يمكنه أن يبطئ بدوره من عملية التحديث الزراعي.
- من المرجح أن يتوقف المزارعون الأكبر سناً عن الزراعة في أي وقت بسبب التقاعد، أو اعتلال الصحة أو الوفاة، وفي المناطق التي ترتفع فيها أعمار المزارعين من ملاك الأراضي، هناك احتمال كبير أن يتم بيع الأراضي الزراعية، أو تحويلها، أو سحبها من خط الإنتاج، ومن شأن مثل هذا الوضع أن يتسبب في إدماج المزارع أو تغيير المحاصيل المزروعة.

كما يمكن أن يؤدي عدم استغلال بعض الأراضي إلى تعرضها للتدهور البيئي ومن ثم انخفاض معدلات الإنتاج.

التأثيرات الاجتماعية والاقتصادية للشيخوخة:

ربما تشكل تأثيرات التقدم في السن في المناطق الريفية مشكلة اجتماعية، سوف يتم استشعارها في أوضح أشكالها، حيث ينتقل الصغار إلى المدن، تاركين وراءهم الكبار وحدهم، وأحياناً ما يتركونهم في مناطق معزولة، ليتدبروا شؤون حياتهم بأنفسهم.

وهناك أعداد ضخمة من كبار السن في الريف قد لا يستفيدون من أي معاشات أو تأمينات صحية أو ضمان اجتماعي له قيمته، ومع تزايد (الالتزام الحضري) للشباب من المهاجرين تجاه المدن الكبيرة والصغيرة، فإن التحويلات المالية التي يرسلها هؤلاء إلى أسرهم في المناطق الريفية قد تتضاءل، مما يترك كبار السن بلا دعم مالي أو أي موارد بديلة.

وقد يتم تهميش قطاعات كاملة من كبار السن وتحديد الفرص المتاحة أمامهم، سواء على الصعيد المالي أو من حيث الحصول على الموارد الاقتصادية، والإسكان، والرعاية الصحية، والقدرة على المشاركة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية، وقد تتسع الهوة بين الأشخاص النشطين وغير النشطين اقتصادياً، مما يسفر عن توسيع الفجوة بين الأجور، أو زيادة حدة عدم المساواة الاجتماعية القائمة بالفعل داخل البلدان.

وفي مثل هذا الوضع، ستثقل المزيد من الضغوط كاهل الأسرة ومؤسسات المجتمع، فمع انهيار آليات الدعم داخل الأسرة، سوف ترتفع تكاليف توفير خدمات الدعم الأساسية للكبار وتصبح تلبيتها أكثر صعوبة، فإذا ما أجبر كبار السن في الريف على التنافس على الموارد الشحيحة مع كبار السن في الحضر، فإن كبار السن في الريف قد يخسرون المنافسة، وفي الختام، فإن تقدم سن السكان في الريف قد يخفض من معدلات الإنتاج والدخول، مما يؤثر سلبياً بالتالي على الأداء الاقتصادي للبلاد بشكل عام.

فإذا ما استمرت تلك السيناريوهات غير المواتية على منوالها دون الاستعداد الكافي لها على الصعيد الاجتماعي، فإنه سيتم طرح الكثير من الأسئلة الصعبة على الدول وعلى كبار السن، وربما يكون من العسير للغاية ضمان "شيخوخة آمنة" بالمجتمعات الريفية، دون أن يسبق ذلك استعداد وتخطيط جادين.

أما في المجتمعات الأكثر ثراء، فقد يتاح لكبار السن خيار الانتقال إلى المدن الصغيرة التي يمكنهم فيها تلقي الدعم الأسري، على عكس المجتمعات الأقل ثراء، التي قد لا يتوافر فيها مثل هذا البديل، ومن المهم أيضاً في هذا الصدد تذكر أن الفقر في العديد من تلك المناطق يكون هو القاعدة السائدة.

ولابد أن نكون على دراية تامة بأنه (بينما وصلت البلدان المتقدمة إلى مرحلة الثراء قبل زحف الشيخوخة إليها، فإن البلدان النامية ستصاب بالشيخوخة قبل وصولها إلى مرحلة الثراء).

هل الوضع برمته سلبي؟

على الرغم من وجود الكثير من الأوضاع التي تستدعي القلق، فإنه سيكون من غير الصواب أن ننظر إلى الشيخوخة في الريف على أنها اتجاه سلبي في مجمله، ففي بعض الأوضاع، قد يوفر هذا الوضع فرصاً لا تقدر بثمن لإحداث تغيرات إيجابية، مثل تغيير الهياكل الاقتصادية الاجتماعية بالريف إلى هياكل جديدة أكثر تدعيماً للتنمية المستدامة.

وفضلاً عن ذلك، فإن الفكرة النمطية السائدة التي تعتبر كبار السن بمثابة عبء أو قيد ينوء بحمله نموذج التنمية إنما هي فكرة قاصرة، وتفتقر إلى الدقة، ولابد من إعادة النظر فيها، فهناك منافع عديدة للشيخوخة عادة ما لا يتم إدراكها، مثل الكم الهائل من الخبرات والمهارات التي يجلبها كبار السن إلى موقع العمل، والحياة العامة، والأسرة.

ومن الممكن الاستفادة من أوجه التقدم التكنولوجي والسبل الجديدة لتنظيم المجتمع من أجل تحقيق الاستفادة المثلى التي تهدف إلى زيادة مشاركة كبار السن في العمل، وإحداث التغيرات الاجتماعية الاقتصادية الملائمة في المناطق الريفية.

التأثيرات الإيجابية لشيخوخة السكان:

- في آسيا وأمريكا اللاتينية، يتوقع أن يخفف الانحدار الكبير المنظور في أعداد الشباب، فضلاً عن تثبيت أعداد البالغين، من الضغوط الديموغرافية الحالية على الأراضي.
- هناك بعض البلدان الآسيوية التي تشهد بالفعل ارتفاعاً ملحوظاً في شيخوخة السكان في الريف، إلا أن الإنتاج الزراعي لم يتأثر فيها، بل على العكس، فإنه بسبب كبر حجم المزرعة ووفورات الحجم، فإن الإنتاج قد تحسن.

معدلات التبعية:

من وجهة النظر التقليدية للتبعية، فإن أعداداً كبيرة من الشباب، أو الكبار، أو كليهما تميل إلى تحميل الاقتصاد أعباءً ثقيلة، حيث أن الحاجات الاستهلاكية للأفراد (غير المنتجين) اقتصادياً بالمجتمع تقلص من القدرة على الادخار والاستثمار، ولمزيد من التبسيط، فإن وجود أعداد كبيرة من الشباب صغير السن أو الكبار الطاعن في السن

هو أمر مكلف جداً، غير أنه في العقود الأخيرة، لم تكن أهم التغييرات التي حدثت في الهياكل العمرية بالبلدان النامية هي زيادة أعداد كبار السن، بل كانت انخفاض أعداد الشباب، فظل حجم المجموعة العمرية من سن الميلاد وحتى سن الرابعة عشر في انخفاض مستمر بجميع المناطق النامية منذ عام ١٩٧٠-١٩٧٥، بينما كان الاتجاه المتمثل في شيخوخة السكان لا يزال في بدايته أو لا يزال متوقعاً في المستقبل.

هذا التحول غير المتكافئ - والمقصود به هو انخفاض أعداد الشباب قبل ارتفاع أعداد كبار السن- يمثل (بارقة أمل)، عندما يتم تخفيف العبء العام للمعالين عن كل شخص في الفئة العمرية النشطة، وستكون هناك فترة قصيرة سينخفض خلالها الإنفاق العام مقارنة بالإنتاج العام، وتفتح تلك المهلة الاقتصادية الباب أمام بعض الخيارات الجديدة، فلابد للبلدان النامية أن تستفيد من تلك الفترة للاستثمار في التنمية الاقتصادية، والتدريب، والتعليم.

وفي أغلب مراحل هذه النقلة السكانية، تكون هناك خيارات أمام صناع القرار فيما يتصل بالسبل التي يمكنهم من خلالها الاستجابة لهذه التغيرات السكانية المتوقعة، والتحدي الذي يواجهه المجتمع الدولي، والفرصة المتاحة أمام الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة، هي التعريف بشكل أفضل بالاختيارات المتاحة أمامهم من بين الخيارات المحتملة والكثيرة، من أجل التوصل إلى نتيجة نافعة وحل يفيد المناطق الريفية، كما تعد هذه الفرصة أيضاً فرصة فريدة للاستفادة الإيجابية من إعادة الهيكلة الاجتماعية التي تتم والتي لا يمكن وقف عجلتها.

وفي سبيل تعزيز التقدم والأمن للناس من جميع الأعمار، فإنه ينبغي على البلدان الاستجابة القادرة للتحديات التي تفرضها الشيخوخة في الريف، ولابد لها من اغتنام الفرصة لإعادة التفكير في السياسات الزراعية وسياسات التنمية التي تنتهجها في الريف، وفي أغلب مراحل تلك النقلة الديموغرافية، يكون أمام صناع السياسات خيارات فيما يختص بالطرق التي يمكنهم بها الاستجابة للتغيرات، وستكون اختياراتهم من بين خيارات محتملة كثيرة سوف تحدد النتائج التي يتم الخروج بها.

وهناك مجالات ترتفع فيها مكانة كبار السن وتتعاظم داخلها سلطتهم في صنع القرارات، وفي مثل تلك المناطق، تكون السياسات الموضوعة من أجل التعاون مع كبار السن بالغة الأهمية، غير أنه في جميع الحالات، لابد وأن يتوخى واضعو السياسات ومديرو البرامج الحذر ويرفعون من حساسيتهم تجاه قدرات كبار السن واحتياجاتهم، فإن فعلوا، فإنهم بهذا يضمنون اتخاذهم لقرارات أكثر حكمة.

وعلى سبيل المثال، فإنه يجب على السياسات العامة منح المهلات الضريبية وغيرها من الحوافز للأسر الريفية لتسهيل مهمتها في رعاية كبار السن من أفراد الأسرة.

ولابد من إيلاء الدعم الخاص للنساء، اللاتي يعشن في المعتاد لسنوات أطول وبالتالي يعانين أكثر تحت وطأة الفقر، غير أنه في نفس الوقت تتاح لهن فرص أفضل من الرجال للمضي قدماً في العمل مع تقدمهن في العمر كمزارعات على نطاق ضيق وأراضي زراعية صغيرة، وكتاجرات، ومداويات من خلال ممارسة الطب الشعبي، ومقدمات للرعاية المنزلية، ومن المجدي تحويل تلك "الالتزامات" ونقاط الضعف إلى "أصول" ونقاط قوة، إذا ما زودت بأوجه الدعم والفرص الملائمة.

إطالة أمد فترة العمل والتعلم طيلة الحياة:

يتم التوصية في البلدان المتقدمة على ضرورة السماح لكبار السن بالاستمرار في العمل بقدر ما يرغبون هم أنفسهم في ذلك أو يقدرون عليه، ويمكن أن يكون لذلك تأثير بالغ على دخولهم، وعلى عنصر العرض في سوق العمل، وعلى خطط المعاشات أو الضمان الاجتماعي، إلا أنه لا يمكن تصور حدوث نفس الشيء بالمناطق الريفية بالبلدان النامية، ففي المجالات التي تتطلب العمالة اليدوية الكثيفة، يمكن لذلك الاتجاه أن يكون غير عملي، أما في المناطق المبتلاة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، كما هو الحال بالكثير من بقاع إفريقيا، يمكن لكبار السن أن يعملوا بالفعل لأطول فترة ممكنة وبأقصى ما أوتوا من جهد، كما أن العديد منهم ممن يرعون بأبناء بالغين مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، قد أرغموا على تولي مهام الإنتاج بالمزرعة، علاوة على تحولهم إلى آباء بديلين لأحفادهم، غير أنه في الحالات التي

يمكن فيها لكبار السن العمل لفترات أطول، فإنه ينبغي عندئذ إتباع الاتجاهات التقنية والتنظيمية الداعمة والمبتكرة في مجالات العمل والتقاعد.

ولم يتم بعد اختبار عملية التعلم الممتدة طيلة أمد الحياة على كبار السن في البيئات الريفية، وهو المنهج الذي تم اقتراحه للحفاظ على المهارات وتعزيزها في البلدان المتقدمة، ويتطلب مثل هذا المجهود تحول ضخم في سياسات الموارد البشرية، مثل برامج الإرشاد الزراعي، إلا أنها من الممكن أن تشكل القوة الدافعة للبدائل المبتكرة والخلاقة.

حيازة الأراضي، ونقل ملكية الأراضي، والشيخوخة:

تستحق قضية التأثير المحتمل لشيخوخة السكان على حرمان البلاد من سكانها وحيازة الأراضي في حد ذاتها الدراسة، فهذه الأمور – فضلاً عن تأثيراتها على قضايا النوع – لا تزال غير مفهومة بالقدر الكافي، فلا تزال هناك حاجة إلى دراسة أكثر تفصيلاً بكثير، ترتبط على الأخص بدراسة الحاجة لتمويل الخدمات الخاصة بكبار السن الذين يعيشون بالمناطق الريفية الأكثر انعزالاً، فربما لا تتصدر تلك المناطق المهمشة قائمة أولويات التنمية الاجتماعية، إلا أنه من واجب الدول والأمم المتقدمة أن تتخذ الخطوات اللازمة لضمان ألا يتم تهميش المسنين في المناطق الريفية.

إن نقل ملكية الأراضي عبر الأجيال المختلفة قد تكون له تأثيرات بعيدة المدى على الإنتاج الغذائي، والأمن الغذائي، والتنمية، ويمكن لشيخوخة السكان أن تغير الطريقة – أو مرحلة الحياة – التي يتم بها نقل الملكية من جيل إلى جيل، ونظراً لأن أرباب الأسر وصاحبي الأملاك أصبحوا يعيشون لسنوات أطول، فإنه صارت هناك عدة احتمالات، فنظراً لطول حياة الآباء عن ذي قبل، فإن الأبناء البالغين قد يهاجرون إلى المناطق الحضرية، ومن ناحية أخرى، فإن صغر حجم الأسرة قد يعني عدداً أقل من الأبناء لاقتسام الميراث، وبالتالي تعزيز التزام أفراد الأسرة بأسلوب الحياة الريفي والزراعي، وحياة أبناء أكثر من جيل واحد سوياً قد يعني تعاون العديد من الأجيال سوياً.

ومن المهم تبين أن كبار السن يلعبون دوراً ديناميا في نقل ملكية الأراضي من جيل إلى آخر، خاصة في المجتمعات التقليدية، وحيثما يكون الانتفاع بالأراضي انتفاعاً عاماً (مشاعاً)، يمكن لصاحب الأرض وزملائه من كبار السن البت في شأنها، ومن الخطأ أن يتجاهل صناع السياسات دور كبار السن الذين من الممكن أن يحملوا العبء الأكبر في وضع استراتيجيات جديدة لضمان الأمن الغذائي والاستقرار الاجتماعي، لأن إرساء دعائم سياسات بناءة تتعاون مع كبار السن هو أمر لا غنى عنه لضمان نقل ملكية الأراضي على نحو ملائم للزراعة والأمن الغذائي في المستقبل.

ولابد للخطوات التي تتخذ في وضع السياسات والاستراتيجيات التنموية مراعاة الفروق الشاسعة بين عملية كبر السن في العالم المتقدم والعالم النامي، ولابد لها تحديداً أن تتواءم مع الظروف المختلفة، ومن الأهمية بمكان أن يتم تطوير هذه الخطوات الإيجابية الهادفة إلى وضع السياسات، وأن يتم تنفيذها محلياً.

منظمة الأغذية والزراعة (الفاو):

كلفت منظمة الأغذية والزراعة - الكائن مقرها في إيطاليا - برفع مستويات التغذية ومستويات المعيشة، من أجل تحسين الإنتاجية الزراعية وتحسين أوضاع السكان في الريف، ويعد كبر السن في الريف هو أحد أولويات المنظمة، وقد قامت الفاو بالعديد من الدراسات حول كبر السن في الريف وما يتصل به من تأثيرات.

المصادر والمراجع العربية

١. القرآن الكريم وأحاديث الرسول.
٢. أحكام القرآن ج٥.
٣. تفسير ابن كثير ج٣ وج٤.
٤. تفسير القرطبي ج١٤.
٥. زاد المسير ج٥.
٦. تفسير النسفي ج٢، ج٣.
٧. تفسير أبي السعود ج٥.
٨. تفسير البيضاوي ج٤.
٩. روح المعاني ج١٧، ج٢٠.
١٠. لسان العرب ج٣، ج١١.
١١. الدر المنثور ج٦.
١٢. تفسير الثعالبي ج٢، ج٤.
١٣. تفسير الطبري ج٢٤.
١٤. تفسير البغوي ج٤.
١٥. تفسير ابن عاشور ج٢.
١٦. إسماعيل، محمد عماد الدين ومرسي، سيد عبد الحميد (١٩٦١) مقياس الإرشاد النفسي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
١٧. جلال، سعد (١٩٨٥): المرجع في علم النفس، دار الفكر العربي، القاهرة.
١٨. الحياني (١٩٨٨): مستوى التحصيل الدراسي وعلاقته بالتوافق لدى الطلبة الصف الخامس الإعدادي، أطروحة ماجستير، كلية التربية، جامعة بغداد.
١٩. الخالدي، أديب محمد (١٩٧٢): دراسة العلاقة بين التفوق العقلي وبعض جوانب التوافق الشخصي والاجتماعي لدى تلاميذ المدارس الإعدادية العراقية، أطروحة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس. القاهرة.
٢٠. الخامري، عبد الحافظ سيف غانم مرشد (١٩٩٦): التوافق النفسي لذوي الإدراك فوق الحسي، أطروحة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية.
٢١. الخامري، عبد الحافظ سيف غانم مرشد (١٩٩٦): التوافق النفسي لذوي الإدراك فوق الحسي، أطروحة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية.

٢٢. أبو السعود، عبد اللطيف وأبو السعود، منى (٢٠٠٠) الكمبيوتر والطبيب، حضارة الكمبيوتر والانترنيت، كتاب العربي، الكتاب الأربعون، ١٥أبريل، وزارة الأعلام، الكويت.

٢٣. داود، عزيز حنا (١٩٨٨): الصحة النفسية والتوافق، وزارة التربية، المديرية العامة للإعداد والتدريب، العراق.

٢٤. زهران، حامد عبد السلام (١٩٨٨): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط (٤)، عالم الكتب، القاهرة.

٢٥. سفيان، نبيل صالح (٢٠٠٠): الشخصية نظرياتها نموها قياسها، الجزء الأول، المركزية للطباعة، تعز.

٢٦. سفيان، نبيل صالح (١٩٩٧): الذكاء الاجتماعي القيم الاجتماعية وعلاقتهما بالتوافق النفسي لدى طلبة جامعة تعز، أطروحة دكتوراه، جامعة بغداد – كلية التربية.

٢٧. الشناوي، محمد محروس محمد وخضر، علي السيد (١٩٨٨) الاكتئاب وعلاقته بالوحدة وتبادل العلاقات الاجتماعية، بحوث المؤتمر العلمي الرابع لعلم النفس الجمعية المصرية للدراسات النفسية، مصر ٢٥،٢٧ يناير، القاهرة.

٢٨. طه، فرج عبد القادر (١٩٨٠): سيكولوجية الشخصية المعوقة للإنتاج، مكتبة الخانجي، القاهرة.

٢٩. عبد الرحمن، محمد السيد وأبو عباه، صالح بن عبد الله (١٩٩٨): مقياس التحليل الإكلينيكي، الجزء الأول، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

٣٠. عيسوي، عبد الرحمن محمد (١٩٧٠): دراسات سيكولوجية، منشأة المعارف، الإسكندرية.

٣١. الكبيسي، عبد الكريم عبيد جمعة (١٩٨٨): قياس التكيف الشخصي الاجتماعي لدى الأحداث الجانحين وعلاقته بمعاملة الوالدين، أطروحة ماجستير كلية الآداب، الجامعة المستنصرية.

٣٢. المنصور، إبراهيم يوسف، (١٩٧٥): استبيان هستون المعرب للتكيف الشخصي، بغداد، مركز البحوث التربوية والنفسية، جامعة بغداد.

٣٣. الدكتور علي عبد الواحد وافي (١٩٧٧): الأسرة والمجتمع، دار نهضة مصر، الطبعة السابعة.

٣٤. هبة رؤوف عزت (١٩٩٥): المرأة والعمل السياسي، رؤية إسلامية، المعهد العالمي للفكر الإسلامي.
٣٥. كيلش، فرانك (٢٠٠٠): ثورة الإنفوميديا الوسائط المعلوماتية وكيف تغير عالمنا وحياتك؟ ترجمة: حسام الدين زكريا، سلسلة عالم المعرفة، العدد ٢٥٣، يناير، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

المجلات:

٣٦. المغربي، سعد (١٩٩٢) حول مفهوم الصحة النفسية أو التوافق، مجلة علم النفس العدد (٢٣)، يوليو أغسطس سبتمبر، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

٣٧. القعود، إبراهيم والسيد علي جوارنه (١٩٩٧): أثر التعلم بواسطة الحاسوب في تنمية الفكر الإبداعي لدى طالبات الصف العاشر الأساسي في مبحث الجغرافيا، مجلة دراسات مستقبلية، العدد (٢) يناير، السنة الأولى، مركز دراسات المستقبل، جامعة أسيوط.

٣٨. الكبيسي، فحل والصالحي، عادل عبد الرحمن (١٩٩٩): الطب النفسي والحاسوب اختبار المستنصرية – مينيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية نسخة الحاسوب، مجلة الفكر التربوي العربي، العدد (٣)، شباط، اتحاد التربويين العرب، بغداد.

٣٩. الديب، علي (١٩٨٨) التوافق الشخصي والاجتماعي للراشدين دراسة استطلاعية، مجلة دراسات تربوية، المجلد الثالث، الجزء الحادي عشر، رابطة التربية الحديثة، القاهرة.

٤٠. عويضة، محمد (١٩٩٥): نسخة مبرمجة على حاسوب باللغة العربية من مقياس بك للاكتئاب وتقنينها على عينة سعودية من المنطقة الشرقية، مجلة علم النفس، العدد (٣٦) (أكتوبر – نوفمبر – ديسمبر) السنة التاسعة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٤١. الثقافة النفسية المتخصصة تصدر عن مركز الدراسات النفسية والنفسية–الجسدية العدد الثالث والثلاثون – المجلد التاسع– كانون الثاني– يناير– ١٩٩٨.

٤٢. مقال للدكتور أحمد شوقي إبراهيم – عضو كلية الأطباء الملكية بلندن، ورئيس لجنة الإعجاز العلمي للقرآن والسنة بالمجلس الأعلى للشؤون الإسلامية بمصر.

٤٣. معلومات مستمدة من منظمة الأغذية والزراعة إدارة شئون الإعلام بالأمم المتحدة.

٤٤. مقال للأستاذة د. آمال عبد السميع أباظة رئيس قسم الصحة النفسية تربية كفر الشيخ.

فهرس

الفصل الخامس (تأثير عمر الإنسان في الذاكرة)......٨٩

الفصل السادس (مشكلات الشيخوخة)....٩٥

الفصل السابع (الشيخوخة والمرض النفسي)....١١٥

الفصل الثامن (طب الشيخوخة)......١٢٥

الفصل التاسع (علاج الشيخوخة)........١٣٧



التوافق النفسي للمسنين



دار أسامة للنشر والتوزيع
الأردن - عمان
هاتف: 00962 6 5658252 \ 00962 6 5658253
فاكس: 00962 6 5658254 ص.ب: 141781
Email: darosama@wandoo.jo